Relation d'un voyage fait à Londres en 1814 : ou, Parallèle de la chirurgie angloise avec la chirurgie françoise, précédé de considérations sur les hôpitaux de Londres / par Philibert-Joseph Roux.

Contributors

Roux, Phil. Jos., 1780-1854.
Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library

Publication/Creation

Paris : Chez Méquignon-Marvis, 1815.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/epkwcvq8

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library at Yale University, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library at Yale University. where the originals may be consulted.
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

Hist.
RD27
815R

YALE MEDICAL COLLEGE

LIBRARY.

No.

TRANSFERRED TO
YALE MEDICAL LIBRARY
HISTORICAL LIBRARY

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Yale University, Cushing/Whitney Medical Library

http://www.archive.org/details/relationdunvoyag00unse

Presented by Lewis Heermann M.D.
Sen. Surg. U. S. N.

RELATION
D'UN VOYAGE
FAIT A LONDRES EN 1814.

RELATION

D'UN VOYAGE

FAIT A LONDRES EN 1814.

RELATION

D'UN VOYAGE

FAIT A LONDRES EN 1814;

OU

PARALLÈLE

DE LA CHIRURGIE ANGLOISE AVEC LA CHIRURGIE FRANÇOISE,

PRÉCÉDÉ DE CONSIDÉRATIONS SUR LES HÔPITAUX DE LONDRES.

PAR PHILIBERT-JOSEPH ROUX,

Docteur en Chirurgie; Chirurgien en second de l'Hôpital de la Charité; Membre de la Légion d'honneur; Professeur d'Anatomie, de Physiologie et de Chirurgie; Membre de la Faculté de la Société de Médecine, de la Société médicale d'Émulation, et de plusieurs autres Sociétés savantes nationales et étrangères.

A PARIS,

Chez { L'AUTEUR, rue Sainte-Anne, n° 50;
MÉQUIGNON-MARVIS, Libraire, rue de l'École de Médecine, vis-à-vis la rue Hautefeuille.

1815.

A.B.

RELATION

D'UN

VOYAGE FAIT A LONDRES

EN 1814: etc.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

QUELQUES chirurgiens célèbres ont brillé de loin en loin en Italie, en Allemagne, en Hollande. Il n'y a pas long-temps encore Camper remplissoit la Hollande de son nom. Naguère aussi l'Allemagne possédoit Richter, Siebold, Bruninghausen. En ce moment même, l'Italie nous oppose avec orgueil Scarpa. Mais il est vrai de dire que la chirurgie françoise et la chirurgie angloise ont été depuis la renaissance de l'art, et sont actuellement encore, les seules rivales. Wiseman fut, et pour le temps, et pour les services qu'il rendit à la chirurgie, le Paré de l'Angleterre; et depuis cette époque remarquable dans l'histoire de notre art, les deux nations n'ont pas cessé d'avoir à s'opposer

La chirurgie françoise et la chirurgie angloise ont été de tout temps les seules rivales.

mutuellement des hommes habiles en chirurgie. Difficilement pourroit-on dire lesquels des François ou des Anglois ont eu la plus grande part aux immenses progrès que l'art a faits dans le cours du dernier siècle, et à ceux, en plus petit nombre, qu'y ont ajouté les premières années du siècle qui s'écoule.

Elles partagent la gloire de beaucoup de découvertes et de beaucoup d'inventions.

Combien de maladies ont été observées pour la première fois par les uns et par les autres ! Combien plus encore d'opérations nouvelles, ou de nouveaux procédés opératoires, dont la chirurgie angloise et la chirurgie françoise se disputent l'honneur de l'invention ! Pour ne citer que quelques exemples, c'est l'amputation circulaire des membres en deux temps, dont les Anglois attribuent la première idée à Cheselden, et que nous revendiquons en faveur de J. L. Petit : c'est la méthode d'opérer les anévrismes externes, en faisant la ligature de l'artère malade au-dessus de la tumeur, dont Desault et Jean Hunter eurent en même temps l'heureuse idée, ou plutôt qu'ils tirèrent en même temps de l'oubli dans lequel elle étoit tombée : c'est l'opération de la fistule à l'anus par incision, sinon imaginée, du moins amenée à sa plus grande simplicité, et à sa plus grande perfection par Pott et par Desault, etc. etc.

D'un autre côté, la chirurgie françoise peut

sans doute se glorifier d'une foule de découvertes qui lui appartiennent exclusivement : la nature mieux déterminée de la cataracte, et de toutes les variétés de cette maladie ; la méthode d'extraire le cristallin, vraiment créée par Daviel ; celle de traiter la fistule lacrymale, en dilatant le canal nazal, et les procédés les plus heureux pour l'exécution de cette méthode ; les premières descriptions des hernies du cerveau, du poumon, et de plusieurs sortes de hernies abdominales, hernies si nombreuses et si différentes entre elles, soit relativement à leur siége, soit relativement aux parties qui les forment ; le traitement des hernies étranglées, des hernies avec gangrène, si bien éclairé par Goursaud, Pipelet, Louis, etc. ; l'idée, plus ingénieuse, à la vérité, que profitable pour l'art, de la taille latérale proprement dite, c'est-à-dire de la taille faite au périnée, de manière à pénétrer dans la vessie sur l'un des côtés du bas-fond de cet organe, sans intéresser son col, telle enfin qu'elle fut conçue par Ledran, et préconisée un moment par Foubert et Thomas ; la taille de Frère Jacques ; la taille hypogastrique qu'imagina Franco, et que le Frère Côme a amenée au plus haut degré de perfection ; les différentes méthodes de pratiquer la ponction de la vessie ; l'amputation des membres dans les articles, et plus particulièrement l'extirpa-

Principales découvertes et inventions de la chirurgie françoise.

tion du bras, que Ledran père, ou peut-être Morand, exécuta le premier, et à laquelle Lafaye imprima un caractère plus régulier ; et cette autre, plus ingénieuse encore, parce que Chopart n'y fut pas conduit par la nécessité, qui rend plus industrieux, je veux parler de l'amputation partielle du pied dans la double articulation de l'astragal et du calcanéum avec le scaphoïde et le cuboïde : ces inventions, ces découvertes, qui ne sont que les principales entre toutes celles que l'on pourroit citer, ne peuvent nous être contestées, et feront éternellement l'honneur de la chirurgie françoise. Mais les Anglois ont aussi à se prévaloir d'avoir reculé les bornes de l'art sous un grand nombre de rapports.

Choses principales que l'art doit aux Anglois.

La perforation de l'os unguis pour établir une route artificielle aux larmes dans les cas d'obstruction complète du canal nazal, appartient à Woolhouse.

Cheselden créa l'opération de la pupille artificielle, en même temps que, le premier, il conçut et réalisa le projet de combattre la cécité de naissance, soit qu'elle dépende de la cataracte, soit qu'elle tienne à l'imperforation de la pupille.

C'est à Cheselden encore qu'est due la méthode de perforer le conduit de Sténon à une plus ou moins grande distance de son orifice natu-

rel, et du côté de l'intérieur de la bouche, dans quelques cas de fistules salivaires de ce conduit, rebelles aux autres moyens de traitement.

Le nom de maladie de Pott, que nous-mêmes avons donné à cette affection si fréquente de la colonne vertébrale, dans laquelle, à une déformation de l'épine, à une altération particulière d'une ou de plusieurs des pièces osseuses qui composent la colonne vertébrale, est constamment jointe une foiblesse plus ou moins grande, ou une paralysie presque complète des membres inférieurs, ce nom, dis-je, indique assez qu'on doit à Pott la première description de cette maladie. Rien de plus exact que celle qu'il en a donnée : à peine y a-t-on ajouté quelques traits; et l'expérience n'a fait que confirmer l'excellence de la méthode de traitement que Pott a imaginée.

Les premières observations sur la hernie inguinale congénitale sont d'Arnaud et de Haller; mais Pott et G. Hunter, en réunissant de nouveaux faits sur cette espèce de hernie, en ont rattaché la description à l'histoire générale des hernies.

L'emploi du caustique dans le traitement de l'hydrocèle, la méthode plus simple encore et plus efficace de l'injection, appartiennent à la chirurgie angloise.

Quoi de plus important que les nombreux essais de Cheselden pour découvrir la meilleure

méthode de pratiquer l'opération de la taille au bas appareil chez l'homme ! Cheselden obtint plus qu'il n'espéroit : il fit mieux que Raw, qu'il cherchoit à imiter ; du moins est-il permis de le croire. La taille de Cheselden, ou la taille de Frère Jacques perfectionnée, fit oublier le grand appareil : c'est elle que nous pratiquons encore ; et depuis près d'un siècle les opérateurs se sont seulement exercés à imaginer de nouveaux instrumens pour se frayer une route à travers des parties que Cheselden divisoit avec un simple bistouri, convenablement dirigé sur le cathéter cannelé.

G. Hunter, eût-il eu connoissance des premiers faits recueillis en Italie par Guattani sur l'anévrisme variqueux, n'en a pas moins enrichi la science de nouvelles observations sur cette singulière maladie : il en a déterminé la nature plus exactement que n'avoit pu le faire Guattani ; et ce qu'il a dit du traitement palliatif qu'on doit lui opposer, est consacré par l'assentiment général des praticiens.

De même, on savoit, antérieurement aux observations des chirurgiens anglois, que des corps étrangers, mous, cartilagineux, ou osseux même, se forment quelquefois spontanément dans les articulations dont les surfaces sont humectées par de la synovie. Morgagni en parle, et bien avant lui encore notre bon Paré en rap-

porte un exemple. Mais Middleton, Simson, etc. ont recueilli des faits nombreux sur ce genre d'affections; ils ont émis les conjectures les plus raisonnables sur le mode de développement de ces corps étrangers, sur la raison des divers états sous lesquels ils se présentent. Quoique Pechlin rapporte un cas d'extraction d'une de ces concrétions développées dans le genou, on attribue communément aux Anglois d'avoir les premiers pratiqué cette opération, que je me garderai bien, au reste, de mettre sur la ligne de beaucoup d'autres pour l'importance et l'utilité; car, malgré quelques succès obtenus en Angleterre par divers chirurgiens, et en France par Desault, cette extraction des concrétions articulaires, expose à de graves accidens, et a été funeste pour un assez grand nombre des individus sur lesquels elle a été pratiquée. Les accidens causés par la présence d'un de ces corps sont en général si modérés, ils se manifestent communément à des époques si éloignées, on réussit si bien d'ordinaire à les rendre plus supportables encore, ou même à en prévenir complètement la récidive par une compression permanente sur toute la périphérie de l'articulation malade, que l'extraction n'est proposable que dans un très-petit nombre de cas : telle est l'opinion des praticiens françois; telle est aussi celle des chirurgiens anglois.

L'amputation à lambeaux dans la continuité des membres, opération qui n'est ni aussi avantageuse qu'on l'a d'abord prétendu, ni complètement à rejeter, est une invention de la chirurgie angloise. Lowdham l'avoit proposée avant Sabourin de Genève, et Verduin d'Amsterdam.

Les chirurgiens anglois ont été les premiers partisans de la réunion immédiate, non-seulement de la plaie qui succède à la méthode d'amputer dont je viens de parler, mais encore de celle qui résulte de l'amputation circulaire. En l'étendant à nombre d'autres plaies, ils se sont montrés, et se montrent encore plus que nous, soigneux de tout faire pour obtenir une prompte guérison, soit des solutions de continuité accidentelles, soit de celles qui suivent un très-grand nombre d'opérations, et de tenter la réunion immédiate des plaies dans toutes les circonstances où cette méthode est praticable.

Deux opérations qui ont entre elles quelque rapport, et dont le sort n'est point encore fixé définitivement, ont été imaginées par White de Manchester : savoir, la résection des extrémités osseuses contiguës dans les fausses articulations, et la résection des parties articulaires des os affectés de carie, substituée à l'amputation du membre au-dessus de l'articulation malade. Cette double invention porte l'empreinte du vrai génie : la première des deux

opérations dont il s'agit dût-elle être remplacée dans tous les cas, pour lesquels elle a été imaginée, par la méthode de Physick de Philadelphie; et la résection des extrémités articulaires affectées de carie, qui, de l'articulation du bras pour laquelle White l'avoit d'abord proposée et pratiquée, a été étendue successivement à diverses autres articulations, dût-elle ne pas être à l'avenir préférée à l'amputation des membres, le nom de White est à jamais honorablement inscrit dans les fastes de la chirurgie. Et si, comme il n'y a guère lieu de l'espérer cependant, la prévention que les chirurgiens français, et les chirurgiens anglois eux-mêmes, ont conçue contre cette résection des extrémités des os affectés de carie, se dissipoit; si de nouvelles tentatives procuroient des succès semblables à ceux que Park de Liverpool, nos deux Moreau de Bar-sur-Ornain et M. Champion ont obtenus, White, je l'ai dit dans une occasion solennelle, et je me plais à le répéter ici, auroit été le promoteur d'une révolution dans le traitement des tumeurs blanches articulaires; l'opération qu'il a pratiquée signaleroit une époque importante dans les progrès de la chirurgie (1).

(1) *Voyez* De la résection ou du retranchement de portions d'os malades, soit dans les articulations, soit hors des articulations. *Paris*, 1812.

Enfin, personne ne prise plus que moi le beau travail de Scarpa sur les anévrismes; mais l'idée conçue et mise à exécution pour la première fois par Astley Cooper, d'appliquer la méthode de Hunter aux anévrismes de l'artère carotide, en liant cette artère du côté du cœur, au-dessous de la tumeur, et la ligature de l'artère iliaque externe pour les anévrismes du pli de l'aine, anévrismes réputés incurables jusqu'au moment où cette opération, conçue par Abernethy, fut pratiquée avec succès par Cooper; ces deux opérations, dis-je, marqueront une époque plus brillante encore dans l'histoire des progrès de la chirurgie, relativement au traitement de l'anévrisme. C'est aux Anglois aussi qu'on doit, non le projet de la ligature de l'artère axillaire immédiatement au-dessous de la clavicule, ou même immédiatement au-dessus de cet os, sur la première côte, mais les premiers exemples du succès de cette opération, bien plus difficile dans l'exécution que la ligature de l'artère iliaque externe, et bien plus incertaine encore dans ses résultats.

Auxquels des chirurgiens anglois ou des chirurgiens françois accorder la supériorité dans l'importance des découvertes?

Examinerai-je lesquels de tous ces services rendus à la chirurgie, par les Anglois d'une part, par les François d'une autre, ont été le plus utiles? Dirai-je auxquels des chirurgiens françois ou des chirurgiens anglois il faut accorder la supériorité dans l'importance des décou-

vertes? Non. Comment être juge impartial dans sa propre cause? C'est à quelque chirurgien célèbre d'une autre nation qu'il faudroit demander si notre Paré n'a pas plus fait que Wiseman pour la restauration de la chirurgie; lequel de Cheselden ou de J. L. Petit marque le plus dans les progrès de la chirurgie au commencement du siècle dernier? quelle réunion de chirurgiens habiles en Angleterre peut être comparée à cette Compagnie, dont la suppression a été si préjudiciable à la science, dont la réintégration seroit un bienfait, à notre ancienne Académie de Chirurgie? s'il est un monument de la chirurgie angloise qui puisse être mis en parallèle avec les Mémoires de cette illustre Société, Mémoires dans lesquels tant de points de doctrine ont été discutés et approfondis?

C'est à quelque chirurgien célèbre d'une autre nation qu'il faudroit demander qui de Pott et de Hunter, ou de Desault, leur contemporain, ont possédé au plus haut degré le vrai génie chirurgical? et si l'école de Desault fut ou non plus féconde que celle de Pott ou de Hunter en chirurgiens habiles. Desault porta jusqu'à l'excès, s'il est permis de le dire, l'enthousiasme de la chirurgie. Son nom n'est attaché à aucune découverte importante en anatomie; mais il créa l'anatomie chirurgicale. Sans doute toutes ses inventions n'ont pas été pour l'art autant de

pas vers la perfection : divers procédés opératoires qu'il avoit voulu faire revivre sont retombés dans l'oubli d'où il n'auroit pas dû les tirer : lui qui s'étoit d'abord montré si désireux de réduire l'arsenal de la chirurgie, l'a ensuite grossi de plusieurs instrumens dont l'utilité et le besoin ne sont pas généralement reconnus. Sans doute il s'est souvent efforcé d'interpréter les faits, et de les présenter d'une manière conforme à quelque opinion dont il étoit préoccupé ; et, sous ce rapport, il ne faut pas moins que beaucoup de discernement, il faut cette habitude de jugement que donne l'expérience, pour apprécier, comme ils doivent l'être, différens faits de pratique recueillis par Desault. Ainsi il est permis de douter que la compression exercée au moyen de mèches successivement plus grosses, ait été entre ses mains un moyen de parfaite guérison des engorgemens squirrheux du rectum : l'expérience n'a vraiment pas confirmé tout ce qu'il disoit des avantages de la ligature pour le traitement de la hernie ombilicale des enfans : son éloignement pour l'opération du trépan dans certains accidens primitifs ou consécutifs des plaies de tête, a quelque chose d'exagéré : aucun praticien ne croit maintenant que les boissons émétisées soient aussi efficaces dans les mêmes accidens des plaies de la tête, dans les lésions de la moëlle

épinière, que Desault le prétendoit, etc. etc. etc. Mais combien d'observations précieuses, d'inventions utiles, de perfectionnemens ajoutés à presque tous les points de la chirurgie opératoire, font oublier ces erreurs du vrai talent, ces légers écarts de l'imagination ou du génie !

Ce seroit enfin à quelque chirurgien célèbre d'une autre nation à nous dire lesquels des chirurgiens anglois ou des chirurgiens françois ont le plus contribué dans ces derniers temps à enrichir la science par des faits nouveaux, et à reculer les limites de l'art par de nouvelles inventions. J'ai déjà indiqué quelques-unes des choses dont la chirurgie est redevable aux hommes dont l'Angleterre s'honore en ce moment; je serai naturellement conduit à en faire connoître d'autres dont je n'ai pas encore dû faire mention : mais je garde le silence sur ce qui nous appartient, et laisse à d'autres le soin de recueillir et de rapprocher les travaux par lesquels nous avons pu dans ces derniers temps ajouter aux richesses de l'art. Si j'entreprenois de le faire, peut-être, par orgueil national, priserois-je nos découvertes plus qu'elles ne valent réellement : peut-être aussi aurois-je peine à me défendre de certaines préventions, et ne rendrois-je pas à chacun la justice qui lui est due : que sais-je enfin si, par un sentiment particulier d'amour-propre, je n'aurois pas

l'orgueilleuse présomption de mentionner des choses qui peuvent m'être propres, mais qui ne méritent sans doute pas d'être considérées comme d'éminens services rendus à la chirurgie.

Objet de la relation suivante d'un voyage fait à Londres l'année dernière.

Au reste, le but que je me proposois en présentant ces premières considérations est à peu près rempli. Je voulois parler moins de nous que de nos voisins : je voulois passer rapidement en revue tout ce dont la chirurgie est redevable aux Anglois, et faire connoître la part qu'ils ont eue aux immenses progrès qu'elle a faits depuis le commencement du siècle dernier : je voulois ainsi inspirer le désir de connoître quel est au juste en ce moment l'état de la chirurgie en Angleterre. Comparer, sinon sur tous les points, au moins sur les principaux objets de l'art, la pratique des chirurgiens anglois avec la nôtre, après avoir jeté un coup d'œil sur l'état des hôpitaux de Londres, et sur l'enseignement des sciences médicales dans cette capitale de l'Angleterre; exposer avec franchise, comme sans vanité, et dans le seul intérêt de l'art, ce en quoi chacune des deux chirurgies est supérieure à l'autre; enfin passer en revue, pour les apprécier à leur juste valeur, les faits nouveaux recueillis par les chirurgiens anglois, et leurs diverses tentatives pour amener l'art à une plus grande perfection : tel est l'objet de la relation

suivante du voyage que j'ai fait à Londres l'année dernière, relation qui, si je ne m'abuse, doit offrir quelque intérêt, et à laquelle on ne pourra refuser le mérite d'être le premier travail de ce genre entrepris par un François.

Cependant, à diverses époques du siècle dernier, des chirurgiens françois, dont le nom étoit déjà célèbre, ou l'est devenu depuis, ont visité l'Angleterre dans les mêmes intentions. A l'époque ou l'on connut en France les premiers succès de Cheselden dans l'opération de la taille par l'appareil latéral, Morand sollicita (en 1729), et obtint de l'Académie royale des Sciences l'honorable mission de visiter les hôpitaux de Londres, et particulièrement l'hôpital Saint-Thomas, où Cheselden exerçoit avec tant de célébrité. Il y a trente ans que le doyen actuel de la chirurgie françoise, notre vénérable M. Tenon, visita Londres, principalement pour comparer les hôpitaux de cette capitale avec les nôtres sous le rapport de leur organisation. Ce fut peu de temps après que Chopart partit pour Londres, et y fit un séjour de plusieurs mois : M. Dubois, alors très-jeune chirurgien, l'y avoit accompagné. Mais aucun d'eux n'a fait connoître d'une manière particulière l'état de la chirurgie en Angleterre à l'époque où il l'a observée. Morand ne parle, dans ses Opuscules, que de ce dont il a été témoin relativement à

l'opération de la taille. M. Tenon s'étoit seulement mis à même de rendre plus complet et plus intéressant son beau travail sur les hôpitaux de Paris. Chopart avoit profité seulement pour lui-même de ce qu'il avoit pu voir à Londres.

Depuis long-temps j'avois formé le projet du voyage dont je veux donner la relation. S'il m'avoit été possible de l'entreprendre à l'époque où j'en eus la première idée, alors, plus libre de mon temps, j'aurois pu en faire un plus grand sacrifice : peut-être n'eussé-je pas borné mon excursion à Londres seulement, et eussé-je visité Edimbourg, Dublin, quoiqu'il soit connu que c'est dans les hôpitaux de Londres principalement qu'on peut prendre une juste idée de la chirurgie angloise : enfin, en faisant parmi les chirurgiens anglois un plus long séjour, et variant ainsi les lieux de mes observations, elles eussent été sans doute plus multipliées. Mais aussi, il y a quelques années, moins instruit par l'expérience, j'aurois tout vu avec des yeux moins exercés : en approuvant ou en blâmant, j'aurois pu commettre de graves erreurs; et, en tout, mes remarques auroient eu moins d'importance, et mon sentiment moins de valeur. Moins connu aussi des chirurgiens anglois que je ne l'étois au moment où les circonstances m'ont permis de mettre mon projet à exécution, j'aurois vraisemblablement été

moins bien accueilli par eux : il eût été naturel qu'ils me témoignassent moins de franchise, et qu'ils montrassent moins d'empressement à satisfaire ma curiosité.

Préventions des chirurgiens anglois que j'ai eues à dissiper.

Toutefois, il n'étoit pas inutile pour l'honneur de la chirurgie françoise que les chirurgiens anglois fussent visités par quelqu'un de nous capable en même temps, et d'apprécier ce qui se fait chez eux, et de leur inspirer assez de confiance pour qu'ils désirassent savoir de lui ce qui se fait en France. Déjà, en effet, et malgré le peu de temps depuis lequel les communications étoient rétablies entre notre pays et l'Angleterre, la prévention des praticiens anglois contre la chirurgie françoise avoit été fortifiée par les récits infidèles de quelques jeunes médecins anglois, peut-être même de quelques élèves qui avoient visité Paris. Lorsque j'arrivai à Londres, on y parloit de la mauvaise tenue de nos hôpitaux : notre chirurgie passoit pour être bien inférieure à la chirurgie angloise : surtout dans quelques-uns des hôpitaux de Paris, où, quoique je ne sois pas instruit de ce qui s'y fait, j'ai tout lieu de croire que la pratique ordinaire de la chirurgie mérite des éloges : elle n'étoit propre au contraire, disoit-on, qu'à inspirer le dégoût : et parce qu'en Angleterre le cautère actuel est presque généralement proscrit, tandis qu'en France il est consacré dans la pratique

chirurgicale, bien qu'appliqué par le plus grand nombre et par les meilleurs chirurgiens avec une sévère économie, nous passions pour en faire l'usage le plus abusif, et pour marcher presque toujours armés de fers brûlans. J'ai travaillé à éloigner ces préventions de l'esprit des chirurgiens anglois, et à leur donner une autre idée de l'état de la chirurgie en France. Assurer que mes efforts ont été efficaces, ce seroit trop présumer de moi; je sens tout le premier que notre cause eût été mieux placée entre les mains de beaucoup d'autres, et que la chirurgie françoise auroit pu avoir un représentant plus digne d'elle.

Accueil que j'ai reçu d'eux.

Ce que je savois de l'orgueil national des Anglois, plus grand peut-être que celui d'aucune des autres nations civilisées, et répandu des rangs les plus élevés jusqu'aux dernières classes de la société; ce que j'avois entendu dire parmi nous de la prétention des chirurgiens à une grande supériorité, me faisoit craindre de ne recevoir de ceux-ci qu'un froid accueil. J'ai reçu d'eux, au contraire, l'accueil le plus flatteur et le plus honorable. Je n'ai pas seulement à me louer de ces attentions, de ces prévenances auxquelles la politesse oblige envers des étrangers qui exercent la même profession, et dont le nom est plus ou moins connu, attentions, prévenances dont nous, François, nous sommes peut-être prodigues; les chirurgiens de Londres

m'ont en outre témoigné toutes sortes d'égards : j'ai reçu d'eux des marques d'estime, je dirois presque de déférence, auxquelles j'étois loin de m'attendre. Ils ont mis une grande complaisance à m'instruire de tout ce que je désirois apprendre d'eux, et montré le plus grand intérêt à apprendre de moi diverses particularités de notre pratique chirurgicale. Ils ont porté cet intérêt jusqu'à désirer que je simule sous leurs yeux, et que je fasse même sur quelques-uns de leurs malades, diverses opérations, suivant les procédés qui sont le plus en usage parmi nous. La proposition étoit trop honorable pour moi pour que je n'y accédasse pas ; et je ne puis mieux reconnoître l'obligeance des chirurgiens anglois à mon égard, qu'en donnant quelques détails sur cette particularité de mon séjour parmi eux.

Particularité remarquable de mon séjour parmi les chirurgiens de Londres.

Nous faisons en France un usage assez fréquent du moxa, et je crois être un des chirurgiens françois qui l'emploient le plus habituellement : j'en ai surtout constaté, par une multitude d'observations, les bons effets dans le traitement des tumeurs blanches des articulations. Ce moyen n'est point employé à Londres; et sur ce que j'ai dit des avantages que nous en retirons, j'ai été prié d'en faire l'application pour des cas où il me paroîtroit convenir. A Saint-Barthélemy, l'un des grands hôpitaux de Lon-

dres, M. Lawrence, jeune chirurgien sur le mérite duquel j'aurai occasion de m'expliquer, et auquel étoit alors confié le service de cet hôpital, me l'a vu appliquer sur une jeune fille qui avoit une paralysie du deltoïde. Cette paralysie étoit spontanée; la jeune malade l'avoit éprouvée une première fois quelques années auparavant, et la maladie n'avoit cédé que très-lentement à l'emploi de divers moyens, autres que le moxa, continué pendant plusieurs mois. Il n'y avoit pas long-temps qu'elle avoit récidivé quand on me fit voir cette jeune malade. Sans doute le moxa n'étoit point ici d'une rigoureuse nécessité, ou du moins n'étoit-il pas urgent d'y recourir : seulement on pouvoit en espérer de plus prompts résultats que d'aucun autre moyen. Peu de jours après l'application qui en fut faite immédiatement au-dessous de l'apophyse acromion, les mouvemens du bras ont commencé à se rétablir.

A l'hôpital de Guy, l'un de ceux que j'ai le plus fréquentés, parce qu'en ce moment un homme qui joint un grand savoir à beaucoup d'activité, M. Astley Cooper, y donne à la chirurgie le plus grand éclat, plusieurs malades affectés de tumeurs blanches du genou se trouvoient dans de telles circonstances, qu'on pouvoit tenter l'emploi du moxa. M. Cooper désira que je l'appliquasse, sous ses yeux, sur une jeune

femme chez laquelle les douleurs se faisoient très-vivement sentir en-dehors de la rotule. Ce fut sur ce point-là même que je brûlai un cylindre de coton assez large. La douleur diminua tellement et si promptement dans le point où le moxa fut appliqué, que quelques jours après la malade exprima à M. Cooper, en ma présence, qu'elle supporteroit volontiers d'autres applications du moxa, si on le jugeoit nécessaire à sa guérison : elle paroissoit même désirer qu'on lui en fît promptement une nouvelle sur le côté interne de l'articulation. Chez cette jeune femme, la maladie étoit trop avancée pour donner quelque espérance fondée d'une terminaison favorable : elle aura vraisemblablement continué à faire des progrès, mais des progrès plus lents, plus sourds, et surtout accompagnés de douleurs plus supportables. J'ai prévenu, d'après ce que m'a appris l'expérience à cet égard, que tels seroient les seuls résultats de l'application du moxa dans cette circonstance ; mais je les ai annoncés comme à peu près certains. Si l'événement a justifié ma prédiction, les chirurgiens anglois répugneront sans doute moins à l'avenir à faire usage du moxa ; et peut-être aurai-je fait quelque chose pour naturaliser parmi eux ce moyen si héroïque, si puissant dans tant de circonstances. Le dirai-je en passant ? l'application du moxa n'est pas telle-

ment cruelle, qu'on ne voie beaucoup de personnes la supporter pour la première fois, sans donner les marques d'une très-vive douleur, et d'autres qui ont paru souffrir davantage, n'apporter que très-peu d'éloignement à ce qu'elle soit réitérée successivement un assez grand nombre de fois.

Pendant mon séjour à Londres, M. Brodie, jeune chirurgien déjà connu de nous par quelques recherches ingénieuses en physiologie, et qui déjà aussi tient rang parmi les praticiens, eut à faire à l'hôpital Saint-Georges, où il remplace M. Home, dont il promet d'être le digne successeur, eut, dis-je, à faire la ligature d'un polype des narines pendant derrière le voile du palais, à la partie supérieure du pharynx. C'étoit la première fois que ce cas de chirurgie se présentoit à lui. N'ayant pas encore arrêté son choix entre les divers moyens qu'il connoissoit, il daigna prendre mon avis. Je lui indiquai le procédé de Desault, non comme le meilleur absolument de tous ceux qui ont été imaginés pour embrasser dans l'anse d'une ligature le pédicule d'un polype de cette nature, et méritant une préférence exclusive, mais comme celui que j'avois déjà employé plusieurs fois avec avantage. Je lui simulai une seule fois ce procédé; et si M. Brodie m'a donné une grande marque de déférence en l'employant sur ma

recommandation, préférablement à d'autres qu'il connoissoit, il m'a aussi fourni cette occasion de reconnoître en lui le vrai talent chirurgical, dans l'assurance et la précision avec lesquelles a été exécutée l'opération, qui, à raison du volume assez considérable de la tumeur, n'étoit pas sans présenter quelques difficultés.

Le même M. Brodie et quelques autres chirurgiens ont désiré me voir appliquer quelques-uns de nos appareils de fracture. J'ai, en particulier, appliqué plusieurs fois le bandage de Desault pour la fracture de la clavicule, sur des malades qui avoient cette fracture; et j'ai pu convaincre les chirurgiens anglois, comme j'en suis moi-même convaincu, que cet appareil, bien appliqué, est plus solide qu'il ne paroît devoir l'être, qu'il n'a pas autant d'inconvéniens qu'on lui en a attribué, et qu'il n'est pas non plus aussi peu efficace qu'on l'a prétendu.

Il existe à Londres, comme je le dirai ailleurs plus particulièrement, une infirmerie affectée exclusivement aux maladies des yeux. Deux hommes d'un vrai mérite, et de l'un desquels j'ai déjà parlé, MM. Travers et Lawrence, y ont remplacé, comme chirurgiens, M. Saunders, qui avoit été le fondateur de cet établissement. Outre que chaque fois que j'ai été témoin de leurs consultations, et que je les ai accompagnés dans leurs visites, ils ont désiré connoître mon sentiment

sur des cas embarrassans de maladies des yeux ; ils m'ont exprimé le désir de me voir pratiquer l'opération de la cataracte. Je l'ai faite deux fois en leur présence, et chaque fois par la méthode de l'extraction ; méthode, le dirai-je ici ? pour laquelle j'ai peine à me défendre d'un peu de prédilection ; méthode dans laquelle chaque opérateur trouve à se faire, plutôt que dans l'abaissement, une manière à lui, et dans laquelle on peut d'ailleurs faire mieux remarquer, ou une adresse naturelle, ou une dextérité acquise par l'habitude. MM. Travers et Lawrence ont cru devoir donner des éloges à la manière dont ces opérations ont été pratiquées. Je le dis sans craindre d'être accusé d'amour-propre : quel mérite, en effet, peut-il y avoir à faire bien, ou même le mieux possible, une opération aussi simple, et à laquelle il n'appartient qu'aux oculistes de profession d'attacher une grande importance ; une opération que chaque jour fournit l'occasion de pratiquer, et qu'en mon particulier je dois avoir faite environ cinq ou six cents fois.

Hommes les plus marquans en chirurgie à Londres.

Je n'ai encore voulu que faire connoître par quelques traits la manière honorable dont j'ai été accueilli par les chirurgiens de Londres, et déjà j'ai indiqué les noms de plusieurs hommes des plus distingués dans notre art. Mais beaucoup d'autres viennent se joindre à ceux là ; et

je crois que quiconque de nous visiteroit Londres, seroit surpris, comme je l'ai été moi-même, d'y trouver un aussi grand nombre d'hommes vraiment habiles, de chirurgiens du plus rare mérite, et cela relativement même à la population de Londres, plus considérable, comme on sait, que celle de Paris. Dès longtemps les noms d'Everard Home, de Kline, d'Henri Blizard, de Lynn, d'Abernethy, nous étoient connus. Ces chirurgiens existent encore: c'est avec eux qu'Astley Cooper, qui fut le disciple de quelques-uns, et qui a commencé sa carrière avec les autres, partage la haute réputation. MM. Brodie, Travers, Lawrence, dont j'ai déjà parlé, et MM. Charles Bell, Henri Kline, Thomas Blizard, Young, Macgregor, appartiennent, si je puis m'exprimer ainsi, à une autre génération, à une génération plus nouvelle, qui promet à l'Angleterre des chirurgiens non moins célèbres que ceux dont je parlois en premier lieu : presque tous sont à la tête des hôpitaux de Londres, où leur mérite les a fait appeler ; presque tous aussi ont déjà signalé leur zèle pour les progrès de l'art par des travaux utiles, qui sont le gage des plus hautes espérances.

Il y a un Traité des Hernies par M. Lawrence (1).

(1) A Treatise on Ruptures. *London*, 1810.

L'auteur étoit encore trop jeune praticien lorsqu'il composa cet ouvrage, pour avoir pu y consigner beaucoup de choses qui lui fussent propres ; mais il a su tirer un parti admirable de l'expérience des autres, et surtout a mis habilement en œuvre ce que, dans ces derniers temps, d'autres chirurgiens anglois ont ajouté à l'histoire des hernies. C'est, à mon sens, ce qu'il y a de meilleur sur les hernies, en fait d'ouvrages didactiques. Je voudrois le voir traduit dans notre langue ; il seroit, sinon pour les maîtres de l'art, du moins pour les jeunes chirurgiens, préférable au Traité de Richter, qui a déjà vieilli, et plus utile que l'ouvrage de Scarpa, qui n'est, comme on le sait, qu'une suite de Mémoires, des plus instructifs à la vérité, sur quelques points particuliers concernant les hernies.

M. Brodie, qui joint au goût des expériences et des recherches physiologiques un grand talent en chirurgie, a déjà donné une suite assez nombreuse d'observations bien faites sur cette maladie des articulations, que nous nommons tumeur blanche (1), observations desquelles néanmoins il a tiré des conséquences plus ingénieuses qu'utiles.

---

(1) Pathological Researches respecting the diseases of joints.

M. Travers, disciple chéri d'Astley Cooper, et digne d'un tel maître, a exposé dans un ouvrage fort estimé des chirurgiens anglois, et qui mérite d'être connu parmi nous, les résultats de recherches et d'expériences curieuses sur les plaies du conduit intestinal (1).

M. Charles Bell, frère du John Bell d'Edimbourg, et dont le nom rappelle celui de Benjamin Bell, l'un des chirurgiens les plus éclairés que l'Angleterre ait eus depuis Pott et Hunter, M. Charles Bell, dis-je, n'est pas seulement un des hommes qui cultivent avec le plus de zèle l'anatomie à Londres, où il a fixé sa résidence depuis assez peu de temps : je ne doute pas qu'il n'y soit bientôt un des chirurgiens les plus renommés. Il est auteur d'un Abrégé, d'une sorte de Manuel des opérations de chirurgie, qui a paru en Angleterre dans ces derniers temps, et qu'on estime avec raison (2). Il a fait, sur les maladies organiques de l'urètre, un travail qui offre quelque intérêt. Je puis garantir l'exactitude des recherches dont les résultats servent de fondement à ce travail. On voit conservées dans le très-beau cabinet d'anatomie de M. Bell, toutes les pièces pathologiques qui

(1) An Inquiry into the injuries of the intestines.

(2) A System of operative surgery.

sont gravées dans son ouvrage. Enfin, j'ai vu faire à M. Bell plusieurs opérations importantes de chirurgie, soit à l'hôpital de Middlesex, auquel il est attaché, soit dans sa pratique particulière ; il est un de ceux, en assez petit nombre, parmi les chirurgiens de Londres, qui m'ont présenté, dans la pratique des opérations, ce que j'appellerois volontiers la manière françoise, de la grâce sans affectation, et une attention soutenue à tout faire pour arriver promptement au terme de l'acte cruel que constitue toute opération chirurgicale, sans paroître y mettre de la précipitation.

Quelles circonstances se réunissent pour faire que Londres, et vraisemblablement d'autres villes d'Angleterre, possèdent un grand nombre d'hommes habiles en chirurgie ?

Ç'a donc été pour moi une chose très-remarquable que de voir à Londres la chirurgie cultivée, et représentée, si je puis ainsi dire, par un aussi grand nombre d'hommes habiles. Je ne crois pas m'être trompé, les Anglois portent plus loin que nous encore le goût de la chirurgie ; et, le croira-t-on, ce goût est répandu jusque parmi les personnes que leur état dans la société, leur profession, sembleroit devoir y rendre le plus étrangères. On m'a dit que des hommes du monde, des hommes même d'un haut rang, fréquentent habituellement les lieux où l'on enseigne l'anatomie et la chirurgie : dans les amphithéâtres, des places particulières leur sont réservées : et pour ne parler que des chirurgiens proprement dits, il est vrai de dire

qu'ils montrent pour notre art un véritable enthousiasme, qu'ils le cultivent avec passion. Il y a tels hôpitaux de Londres dans lesquels je ne suis pas allé une seule fois sans y voir les chefs entourés d'autres chirurgiens de cette capitale, ou de praticiens de villes éloignées, que leurs affaires avoient amenés à Londres, d'hommes déjà même mûris par l'âge et l'expérience, les uns et les autres se montrant curieux de voir, d'observer, et avides d'acquérir de nouvelles connoissances. Les étrangers ne feroient pas chez nous la même remarque : on peut dire avec peine qu'il est très-rare de voir même nos jeunes médecins et nos jeunes chirurgiens, après qu'ils ont quitté les bancs de l'école, fréquenter les lieux où ils ont puisé leur première instruction.

Si quelque chose doit contribuer à entretenir le goût d'un art ou d'une science, à en répandre les progrès, et à faire qu'un plus grand nombre d'hommes y excellent, n'est-ce pas que ceux qui les cultivent vivent dans une parfaite intelligence; qu'ils composent une même famille; qu'ils aient entre eux de fréquentes réunions, où chacun, faisant le sacrifice de son intérêt particulier, apporte sans orgueil et sans présomption le fruit de ses réflexions et de son expérience; qu'étrangers aux ressources de l'intrigue, et n'abandonnant jamais leur âme aux viles insinuations de

l'envie, ils rivalisent seulement de zèle et de savoir? Eh bien, cet esprit de confraternité, cette abnégation de toute rivalité jalouse, et de plus, un ardent désir de s'entre-communiquer leurs vues, leurs pensées, existent au plus haut degré parmi les hommes qui sont en ce moment à Londres l'honneur de la médecine et de la chirurgie. Voilà ce qu'en les fréquentant j'ai remarqué, je ne dirai pas avec surprise, mais avec la plus grande satisfaction. A ces sentimens communs se joignent, de la part des hommes déjà avancés dans la carrière, une estime toute particulière pour ceux dont la réputation n'est que commençante, et de la part de ces derniers les plus grands égards, le respect le mieux senti pour ceux qui furent leurs maîtres.

D'autres causes, et de plus puissantes encore sans doute que celles dont je viens de parler, contribuent à multiplier à Londres, et vraisemblablement dans toute l'Angleterre, les hommes distingués en chirurgie. Notre art y jouit d'une grande considération : c'est surtout depuis John Hunter qu'il se l'est acquise, et que la chirurgie s'est placée au moins au rang de la médecine.

Le nombre des chirurgiens qui sont à la tête de chaque hôpital n'est pas restreint, comme il l'est chez nous, à un, deux ou trois au plus : il

est des hôpitaux auxquels sont attachés quatre, cinq et jusqu'à six chirurgiens. Ainsi plusieurs hommes peuvent mettre à profit les mêmes occasions d'observer et d'agir.

Enfin, Londres possède un très-grand nombre d'hôpitaux proprement dits, et entre lesquels il n'existe, si l'on peut ainsi s'exprimer, aucune hiérarchie, je veux dire aucune gradation sous le rapport de l'importance et de la réputation dont ils jouissent : ou plutôt, cette gradation existe; mais elle n'est pas immuablement déterminée : elle change d'une époque à une autre, et suit les variations que doit nécessairement présenter le zèle ou le mérite des chirurgiens qui se succèdent dans ces divers établissemens. Et comme, en raison de l'indépendance dans laquelle sont les uns des autres les nombreux hôpitaux de Londres, chaque établissement aspire à conserver le degré de réputation dont il jouit, ou même à en acquérir une plus grande encore, le choix des hommes desquels cette réputation doit dépendre est fait avec sévérité parmi les jeunes chirurgiens qui donnent les plus grandes espérances.

Me voilà naturellement amené à parler des hôpitaux de Londres, considérés en eux-mêmes, considérés aussi sous le rapport de l'enseignement, qui y est presque absolument concen-

tré, ou de l'instruction, tant médicale que chirugicale, dont ils sont les sources presque exclusives : tel va être le sujet d'une première partie de mon travail.

PREMIÈRE PARTIE.

HÔPITAUX, ET ENSEIGNEMENT DE LA CHIRURGIE A LONDRES.

Hôpitaux de Londres. Leur nombre.

C'est une chose généralement connue, et digne des plus grands éloges, que le goût de la nation angloise pour les établissemens de bienfaisance, que l'intérêt qu'on porte en Angleterre à ces établissemens. Sans compter les maisons de retraite, ou les hospices consacrés aux infirmes et aux vieillards des deux sexes ; sans comprendre non plus les dispensaires, à l'instar desquels les nôtres ont été établis depuis un petit nombre d'années, il y a à Londres vingt-deux hôpitaux proprement dits, destinés aux malades, aux blessés, et dans la plupart desquels sont reçues les femmes en couche. Tel est du moins le nombre indiqué dans un ouvrage d'Higmore sur tous les établissemens de bienfaisance et de charité qui existent à Londres.

Aucun d'eux n'est ni aussi considérable ni aussi petit que le sont quelques-uns des nôtres.

Aucun de ces hôpitaux n'est aussi considérable que l'étoit autrefois notre Hôtel-Dieu, ni même qu'il l'est encore maintenant : mais aucun de ces hôpitaux non plus n'est aussi petit que le sont quelques-uns des nôtres. Ils sont tous,

ou plutôt chacun en particulier, destinés pour trois cents malades au moins, et pour cinq cents au plus. On peut ainsi porter à neuf ou dix mille le nombre des malades que contiennent habituellement les hôpitaux de Londres. Ce nombre, à peu près double de celui des malades que peuvent admettre les hôpitaux de Paris, n'est que proportionné à la population de la capitale de l'Angleterre. Londres montre donc, mis en pratique, le système des hôpitaux d'une médiocre étendue, système en faveur duquel Cabanis avoit publié, au commencement de la révolution, un petit écrit dans lequel les principes d'une douce philanthropie sont unis aux vues les plus saines sur le régime et sur l'administration des hôpitaux, et aux connoissances les plus profondes et les plus étendues en médecine.

Toutefois, la multiplicité des hôpitaux à Londres, et la destination assez limitée de chacun d'eux, quant au nombre des malades, sont moins le résultat d'un plan ou d'un système général, que de la manière dont ces établissemens ont été fondés, et de la manière aussi dont ils sont encore entretenus. Deux ou trois seulement sont des hôpitaux royaux, c'est-à-dire des hôpitaux fondés anciennement par l'État, et aujourd'hui encore entretenus en partie aux frais de l'État. Tous les autres ont été établis

par des particuliers, et leur richesse se compose du produit de souscriptions annuelles ajouté aux legs des fondateurs ou d'anciens souscripteurs. On conçoit qu'un seul particulier, ou même plusieurs réunis, ne pouvoient fonder que des hôpitaux d'une étendue limitée. C'est beaucoup même que la plupart soient aussi considérables qu'ils le sont.

Infirmeries de quelques grands établissemens publics :

Dans ce nombre des hôpitaux de Londres ne sont pas comprises les infirmeries de quelques grands établissemens fondés par l'État. Les plus remarquables relativement à l'objet que j'ai en vue, et les seules d'ailleurs que j'aie visitées, sont l'infirmerie de Greenwich, ou de l'Hôtel des Matelots invalides, celle de l'Hôtel des Soldats de terre invalides, à Londres même, et l'infirmerie de chacune des deux maisons établies, l'une à Greenwich, et l'autre à Londres même, pour les enfans des matelots et des soldats. La moins considérable de ces infirmeries est celle de l'Hôtel des Soldats de terre invalides.

, de l'Hôtel des Soldats de terre invalides ;

Cet hôtel, qui mérite à peine d'attirer la curiosité, après qu'on a vu Greenwich, n'offre asile qu'à quatre ou cinq cents invalides : à peine même est-il rempli dans tous les temps, la pension de retraite des vieux soldats, ou des soldats mutilés, étant assez considérable pour qu'ils préfèrent se retirer dans le sein de leur famille.

de l'Asile royal militaire pour les enfans des soldats de terre.

L'Asile royal militaire pour les enfans des soldats de terre est placé près l'Hôtel des Invalides à Chelsea. Dans cet établissement, où sont élevés quinze cents enfans, tout excite l'admiration. Parlerai-je de la beauté du monument affecté à une si importante destination? de la propreté qui règne dans l'intérieur? de la discipline à laquelle ce petit monde d'enfans doit obéir, et obéit si parfaitement? Dirai-je que par la nature des travaux auxquels ils sont assujétis, ces enfans des deux sexes se suffisent à eux-mêmes pour la confection des objets nécessaires à leur entretien? Dirai-je aussi qu'on y suit, pour leur instruction, la méthode de Bell, dont les avantages se confirment en Angleterre, méthode qui a beaucoup de rapport avec celle de Pestalozzi, et qui, ainsi que cette dernière, est surtout convenable pour l'éducation des enfans réunis en plus ou moins grand nombre; méthode qui sera bientôt en Angleterre plus générale encore qu'elle ne l'est, si on accomplit le projet qui a été formé d'établir dans chaque régiment de l'armée une école pour l'éducation des enfans de troupe? Des détails sur toutes ces choses seroient déplacés ici, et ne feroient rien connoître qui ne fût digne d'une nation opulente, généreuse, et plus qu'aucune autre peut-être, incessamment occupée de tout ce qui peut accroître sa gloire, et contribuer à sa prospérité.

C'est dans cet établissement qu'ont été observés les premiers faits concernant l'espèce d'ophthalmie que les chirurgiens anglois ont appelée ophthalmie d'Égypte, parce qu'ils ont supposé et supposent encore qu'elle a eu pour principe l'inflammation des yeux qui a affecté un si grand nombre de soldats françois et anglois pendant leur séjour en Égypte, ophthalmie à laquelle ils attribuent un caractère contagieux. Lorsque je visitai l'Asile royal militaire, M. Macgregor, qui en est le chirurgien, me fit voir des enfans travaillés d'une inflammation de la conjonctive, qu'il me dit être l'ophthalmie d'Égypte : à cause de cela, ces enfans étoient tenus séparés des autres malades de l'infirmerie. Nous avons trop entendu parler de cette espèce d'ophthalmie, surtout à l'occasion du voyage que fit dernièrement en France un oculiste de Londres, M. Adams, et notre opinion a encore été trop peu éclairée sur ce sujet, pour qu'en parlant de l'établissement où la maladie paroît avoir été observée avec le plus de soin, je ne saisisse pas l'occasion qui m'est naturellement offerte de faire connoître les résultats de ces observations.

C'est dans l'Asile royal militaire qu'ont été observés les premiers faits relatifs à ce que les Anglois ont appelé l'ophthalmie d'Egypte. Détails sur cette ophthalmie.

Qu'il ait régné depuis plusieurs années en Angleterre, principalement dans l'armée et dans l'Asile royal militaire de Londres, une ophthalmie épidémique, ayant des caractères particu-

liers, c'est une chose sur laquelle il n'est pas possible d'élever le moindre doute. Il paroît même que, bien qu'elle soit maintenant moins fréquente qu'elle ne l'a été pendant quelques années, elle se montre encore de temps à autre chez quelques individus, enfans ou adultes : et si l'on adopte comme une vérité démontrée l'opinion de la plupart des observateurs anglois sur l'origine de cette ophthalmie et sur son caractère contagieux, la cause subsistera tant qu'existeront les soldats anglois rentrés dans leur patrie, ayant encore l'espèce d'ophthalmie qu'ils avoient contractée pendant leur séjour en Égypte, et chez lesquels la maladie est devenue incurable. Je ne parlerai que de ce qui eut lieu à l'Asile royal militaire. La maladie commença à se manifester en 1804, au mois d'avril ; le nombre des enfans qui en furent affectés alla en augmentant jusqu'au mois d'août successivement : dans ce mois, par exemple, elle sévit sur soixante-neuf garçons et vingt-une filles. Elle devint ensuite de moins en moins fréquente dans les derniers mois de l'année. En somme, depuis le commencement d'avril jusqu'à la fin de décembre, trois cent quatre-vingt-douze enfans, deux cent quatre-vingt-sept garçons et cent cinq filles en furent atteints. Elle se manifesta rarement dans les années 1805, 1806, 1807 et 1808, et seulement au printemps, dans

l'été et pendant l'automne. Elle avoit à peine existé pendant l'hiver de chacune des trois premières années, et toute trace de la maladie avoit disparu pendant celui de 1808, lorsqu'au mois de juin, la température étant très-élevée, elle récidiva avec assez de violence : avant la fin de décembre, soixante-huit garçons et cent soixante-dix filles en avoient été attaqués. Suspendue de nouveau pendant les mois de janvier, février et mars de 1809, la maladie reparut au mois d'avril, et fit de tels progrès qu'au mois de novembre il y avoit en traitement deux cent quarante enfans. Sans qu'on les eût mis dans une maison à part, ils étoient isolés des autres enfans. La même chose eut lieu en 1810 : l'ophthalmie fut très-rare depuis le commencement de l'année jusqu'au mois d'avril : ses progrès depuis cette dernière époque, bien qu'ils aient continué pendant les mois suivans, furent ralentis néanmoins par la précaution qu'on eut de placer les enfans qui commençoient à en être affectés, dans une maison tout-à-fait séparée de l'Asile militaire, et de transférer là avec eux leurs vêtemens et toutes les choses qui avoient été à leur usage.

La maladie s'est constamment montrée sous les mêmes apparences et avec les mêmes caractères, et n'a présenté chez les divers individus, en grand nombre, sur lesquels elle a été obser-

vée, que des différences d'intensité. L'invasion avoit lieu le soir, et s'annonçoit par une forte démangeaison au bord libre des paupières. A cette démangeaison succédoit un sentiment de crispation, que les enfans éprouvoient le lendemain matin. Dès-lors, les paupières étoient tuméfiées à l'extérieur, leur surface interne étoit enflammée, et les glandes de Méibomius se montroient plus grosses et plus rouges que dans l'état naturel. La caroncule lacrymale étoit également très-grosse et d'un rouge vif. Après vingt-quatre ou trente heures, il s'établissoit un écoulement abondant de mucosité puriforme : alors aussi les vaisseaux de la conjonctive qui recouvre l'œil, paroissoient engorgés, et bientôt la membrane elle-même, considérablement tuméfiée, formoit un bourrelet saillant autour de la cornée transparente : il y avoit chémosis. Chez un assez grand nombre des petits malades, les tégumens des paupières paroissoient participer à l'inflammation ; du moins présentoient-ils une couleur rouge fort intense, qui s'étendoit même en tous sens au-delà des paupières, et qui, pour son caractère et pour la manière dont elle étoit circonscrite, ressembloit assez à celle qui forme l'auréole de la pustule au neuvième ou au dixième jour après l'inoculation de la vaccine. Lorsque le flux puriforme des paupières étoit

très-abondant, il produisoit l'excoriation des joues. Les malades éprouvoient de vives douleurs sans interruption, et ces douleurs étoient augmentées par le contact de la lumière, les paupières même étant fermées.

La maladie n'étoit jamais précédée de symptômes généraux; mais deux ou trois jours après l'apparition des symptômes locaux, il survenoit un dérangement général dans les fonctions de l'économie, et ce dérangement étoit proportionné à l'intensité de l'inflammation. Celle-ci commençoit ordinairement à diminuer au dixième, douzième ou quatorzième jour. Mais alors même qu'elle paroissoit entièrement terminée, les yeux conservoient pendant longtemps une vive sensibilité : ce n'étoit fort souvent qu'après six semaines ou deux mois que les petits malades étoient entièrement rétablis. Quelquefois la maladie étoit prolongée par des ulcérations qui se formoient à la surface interne des paupières ou sur la cornée. Les albugos ou taches qui succédoient à ces ulcérations, quand celles-ci se formoient sur la cornée, n'étoient pas toujours incurables : fort souvent, au contraire, et parce que l'accident avoit lieu chez de jeunes sujets, ces taches disparoissoient avec le temps et avec le secours d'un traitement convenable.

L'ophthalmie dont il s'agit étoit plus intense

dans les temps chauds que dans les temps froids; et l'on remarquoit qu'elle étoit accompagnée de symptômes plus graves chez les enfans d'une constitution molle, lymphatique, et plus encore chez ceux qui étoient entachés du vice scrophuleux. Chose assez singulière, si l'un des yeux étoit seul affecté, c'étoit bien plus souvent le droit que le gauche; et lorsque tous les deux étoient le siége de la maladie, le droit étoit ordinairement le plus malade. La marche des maladies éruptives, telles que la vaccine, la rougeole, qui pouvoient exister avant l'invasion de l'ophthalmie, ou qui se déclaroient après que celle-ci avoit commencé, n'en étoit intervertie en aucune manière. Chez les femmes réglées (car l'ophthalmie appelée, *ophthalmie d'Egypte*, ne s'est pas montrée chez des enfans seulement; nombre d'adultes, comme on le verra bientôt, en ont été affectés), chez les femmes réglées, disois-je, les symptômes de la maladie éprouvoient une augmentation remarquable d'intensité pendant les jours qui précédoient immédiatement l'évacuation menstruelle: ils diminuoient, au contraire, rapidement durant le cours de cette évacuation. Puisqu'il vient d'être parlé d'une circonstance particulière de la maladie chez les sujets adultes, il faut tout de suite observer que chez eux aussi elle s'est montrée avec plus de violence que chez les enfans: les

suites en étoient, en général, plus fâcheuses. Par exemple, sur plus de douze cents enfans qui ont été les sujets des observations de M. Macgregor dans l'Asile royal militaire, six seulement ont perdu la vue des deux côtés, et douze d'un seul œil ; un relevé fait par le docteur Vetch apprend, au contraire, que dans un bataillon composé de sept cents hommes, six cent trente-cinq ayant eu l'ophthalmie dans l'espace d'un an, depuis le mois d'août 1805 jusqu'à la même époque de l'année suivante, cinquante restèrent aveugles, et quarante perdirent l'un des yeux.

Cette ophthalmie qui a été si générale dans l'Asile royal militaire, depuis 1804 jusqu'en 1810, n'a, depuis cette dernière époque, affecté qu'un très-petit nombre d'enfans. C'est, dit-on, l'effet des précautions qui ont été prises pour empêcher que le principe en soit apporté du dehors, puisqu'on suppose qu'elle a été communiquée et qu'elle peut l'être encore par des militaires revenus d'Égypte, et ayant contracté, pendant leur séjour dans cette contrée, une ophthalmie incurable, accompagnée ou non de la perte de la vue. Les précautions également prises pour empêcher la cohabitation des enfans qui en éprouvent les premiers symptômes, avec les autres enfans de l'établissement, ont sans doute aussi beaucoup contribué à ce résultat, s'il est

vrai que la maladie soit contagieuse, et surtout qu'elle le soit plus à l'état aigu qu'à l'état chronique, comme on prétend l'avoir observé.

Ce caractère contagieux de l'ophthalmie qui a régné épidémiquement à l'Asile royal militaire pendant plusieurs années, semble bien constaté. Il l'est, non par des expériences, on n'a pas dû se permettre d'en tenter, mais par le rapprochement de différens faits qui ont été observés durant le cours de l'épidémie. Voici les principaux ou les plus concluans. Lorsque la maladie commença en 1804, on observa qu'elle n'affecta pas d'abord les individus de tout âge et de toute classe qui se trouvoient dans l'établissement, comme cela eût eu lieu vraisemblablement si elle eût dû son origine à des causes générales : les garçons en furent d'abord affectés, puis les filles, et plus tard enfin les individus adultes attachés à l'établissement. Ceux de ces derniers qui n'avoient aucune communication avec les enfans n'eurent point la maladie ; tandis que parmi les personnes chargées de surveiller les enfans, ou de leur donner des soins, un des chirurgiens assistans en fut seul exempt.

Dans le mois d'août 1804, qui fut le mois de cette année pendant lequel un plus grand nombre d'enfans furent atteints de la maladie, deux jeunes garçons amenés d'Écosse par leur mère, avoient été admis dans l'établissement : tous

deux eurent l'ophthalmie le quatrième jour après leur entrée.

Le plus grand nombre des petits malades, durant le même mois d'août, étoit de la division des enfans de l'âge de cinq à sept ans; et l'on remarqua que chez ceux qui furent affectés de la maladie, elle se manifesta successivement en suivant l'ordre dans lequel ces enfans étoient placés les uns auprès des autres dans leur dortoir: en sorte qu'elle paroissoit se communiquer de l'un d'eux à celui qui couchoit plus près de lui, sans doute parce que deux enfans voisins l'un de l'autre avoient entre eux plus de communications, des communications plus immédiates qu'avec les autres enfans; sans doute aussi parce qu'ils étoient placés dans la même atmosphère, et que l'air pouvoit facilement transmettre de l'un à l'autre le principe de la contagion; sans doute enfin parce que beaucoup d'objets affectés aux usages journaliers de la vie leur étoient communs.

Le fait suivant établit mieux encore le caractère contagieux de cette ophthalmie, en même temps qu'il démontre qu'elle étoit, et plus sûrement, et plus promptement communiquée par l'application immédiate de la matière puriforme qui découloit si abondamment des yeux malades, sur la conjonctive des yeux d'un individu bien portant, que par tout autre mode de

transmission. On avoit cru convenable d'associer aux autres moyens, tant locaux que généraux, de traitement de cette ophthalmie, l'injection souvent répétée sous les paupières d'une liqueur émolliente et légèrement narcotique, afin d'entraîner au-dehors la matière puriforme qui, sans cela, auroit séjourné sur l'œil et ajouté à l'irritation de cet organe. Le soin de faire les injections étoit confié aux Sœurs de l'infirmerie dans laquelle étoient placés les enfans atteints de cette ophthalmie. Faute de précautions convenables, la liqueur injectée, chargée du produit de l'écoulement puriforme des paupières, pouvoit jaillir sur les yeux de la personne qui faisoit l'injection. C'est ce qui arriva, à trois différentes époques, à trois des Sœurs de l'infirmerie: toutes les trois eurent l'ophthalmie, et chez toutes les trois aussi les premiers symptômes de la maladie se manifestèrent douze heures seulement après l'accident, bien qu'elles eussent employé le seul moyen qui auroit pu empêcher la contagion, des lotions répétées sur les yeux.

Enfin, il paroît démontré pour les médecins et les chirurgiens anglois que le principe de cette ophthalmie contagieuse a été apporté par les troupes angloises, à leur retour d'Égypte. Déjà, à ce qu'on prétend, les officiers de santé attachés à l'armée angloise en Égypte, avoient constaté que dans cette contrée, l'ophthalmie, épi-

démique parmi les soldats, se propageoit en même temps par la contagion. L'invasion de la maladie à l'Asile royal militaire eut lieu précisément à l'époque où cet Asile fut habituellement fréquenté par des soldats anglois revenus d'Égypte, et qui venoient y voir leurs enfans. A la même époque, la même maladie se déclara avec les mêmes caractères, non-seulement parmi un assez grand nombre des habitans de toutes les villes de l'Angleterre où pénétrèrent les soldats revenus d'Égypte, mais encore dans d'autres pays, en Sicile, à Malte, à Gibraltar, partout où débarquèrent les troupes angloises. On l'observa aussi dans beaucoup de régimens de l'armée, qui n'avoient cependant pas quitté l'Angleterre, mais dans lesquels furent incorporés des soldats qui avoient fait partie de l'expédition; et j'ai rapporté plus haut que dans un seul bataillon du cinquante-deuxième régiment, lequel étoit composé de sept cents hommes, six cent trente-cinq eurent cette ophthalmie dans l'espace d'un an. Partout, et dans toutes les circonstances, elle se montra avec les mêmes caractères, accompagnée des mêmes symptômes, remarquable par son intensité, par la promptitude avec laquelle l'inflammation parvenoit à son plus haut degré, par les qualités particulières et par la quantité surtout de l'écoulement puriforme des paupières, par l'existence de

petits tubercules, de granulations sur la conjonctive, granulations ou tubercules dus sans doute au développement des cryptes muqueux de cette membrane. Elle étoit remarquable encore par la promptitude avec laquelle se formoient sur la cornée, et principalement chez les sujets adultes, des ulcérations, des taches, où même avec laquelle les yeux étoient entièrement détruits par la suppuration de leurs parties intérieures; par la sensibilité très-vive que, dans les cas les plus simples, ces organes conservoient pendant assez long-temps après la cessation des symptômes inflammatoires. Toutes ces circonstances établissent une ressemblance assez frappante, quant à la marche et aux symptômes, entre cette ophthalmie et l'ophthalmie gonorrhéique, ou celle que nous voyons succéder assez souvent à la suppression de la blennorrhagie syphilitique, et qui, dans quelques cas, est déterminée par l'application accidentelle de la matière de l'écoulement gonorrhéique sur la membrane conjonctive.

Mais pourquoi le retour en France de celles de nos troupes qui virent aussi le sol brûlant de l'Égypte, et qui firent même dans cette contrée un plus long séjour que les Anglois, pourquoi, dis-je, leur retour en France n'a-t-il pas été l'occasion du développement de la même maladie? Beaucoup de nos soldats, en rentrant

en France, étoient affectés d'une ophthalmie chronique consécutive à l'ophthalmie aiguë qui fut épidémique et causa de si grands maux dans l'armée d'Égypte. Chez un grand nombre, l'influence du climat natal a suffi pour faire disparoître jusqu'aux moindres traces de cette affection : chez d'autres, au contraire, elle s'est perpétuée à l'état chronique, soit qu'elle fût ou ne fût point accompagnée de la perte de l'un des yeux ou de tous les deux ; et beaucoup de nos invalides ont conservé cette incommodité. Mais on n'a pas vu que ces soldats revenus d'Égypte eussent communiqué une ophthalmie contagieuse, ni dans les régimens où beaucoup d'entre eux furent incorporés, ni dans les maisons d'invalides où d'autres ont obtenu leur retraite, ni enfin parmi les individus appartenant aux différentes classes de la société. C'est l'objection qu'on a faite, et qu'on sera toujours autorisé à reproduire contre ce que pensent les Anglois relativement à l'ophthalmie d'Égypte, et ce qu'ils disent avoir observé. On se demandera toujours comment la même maladie, développée dans les mêmes circonstances, et s'étant montrée primitivement avec les mêmes caractères, peut avoir été contagieuse dans un pays, et ne l'avoir point été dans un autre. Se pourroit-il que le climat de la France fût moins propre que celui de l'Angleterre à faire passer de nouveau à l'état

aigu cette sorte d'ophthalmie quand elle est depuis long-temps à l'état chronique, et à donner momentanément une nouvelle activité au principe contagieux? Car il faut qu'on sache, et c'est la dernière remarque que je ferai sur l'ophthalmie d'Égypte, toujours en rapportant ce que les médecins anglois prétendent avoir observé; il faut, dis-je, qu'on sache que cette ophthalmie devenue chronique, après avoir existé une première fois à l'état aigu, peut de nouveau revêtir ce dernier caractère, et à plusieurs reprises chez le même individu, par toutes les causes susceptibles d'ajouter à l'irritation dont la conjonctive est habituellement le siége, comme des écarts dans le régime, un état particulier de l'atmosphère, etc.; que tant qu'elle conserve le caractère chronique, cette ophthalmie est à peine, ou n'est que très-difficilement contagieuse; mais que son caractère contagieux se développe de nouveau, et conserve une grande activité pendant tout le temps que dure l'état aigu, toujours accompagné d'un flux abondant de matière puriforme. On suppose que c'est par ce renouvellement de l'état aigu que la maladie s'est transmise des soldats anglois revenus d'Égypte à un si grand nombre d'individus de tous les âges qui ont eu avec eux des communications. C'est par la récidive de cet état aigu qu'actuellement encore les mêmes soldats, ou

d'autres individus chez lesquels la maladie est de seconde origine, si l'on peut ainsi s'exprimer, sont toujours susceptibles de la communiquer. C'est de cette manière, prétend-on, qu'elle reparoît de temps à autre dans l'Asile royal militaire. Peut-être la source en est-elle intarissable, s'il doit toujours exister des individus chez lesquels la maladie, devenue chronique et incurable, pourra prendre de temps à autre le caractère aigu. Telle est l'ophthalmie d'Égypte, selon la manière de voir et de penser des médecins et chirurgiens anglois (1). J'en ai parlé à l'occasion de l'Asile royal où sont élevés les enfans des soldats de l'armée de terre, et je poursuis ce que j'avois intention de dire sur les infirmeries de quelques grands établissemens militaires.

Infirmeries d'un autre Asile royal militaire pour les enfans des matelots, et de l'Hôtel des Matelots invalides, à Greenwich.

C'est à Greenwich, à quelques milles de Londres, qu'est l'Hôtel des Matelots invalides : c'est là également que se trouve un autre Asile royal militaire qui ne diffère du précédent qu'en ce qu'il est destiné pour les enfans des matelots. Mêmes règlemens, même régime, même système d'éducation que dans l'Asile royal militaire de Londres. Seulement, dans celui de Greenwich, comme les garçons, enfans de matelots, sont destinés à être eux-mêmes matelots,

(1) Ce qu'on vient de lire est l'extrait d'un Mémoire de M. Macgregor. *Voy.* Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical Knowledge. Vol. III.

tout est mis en œuvre pour faire naître en eux le goût de leur future profession. C'est une heureuse idée d'avoir placé près l'un de l'autre l'asile de retraite d'une génération de matelots qui finit, et le berceau d'une nouvelle génération. La situation même de ces deux établissemens ne pouvoit pas être plus conforme à leur destination. De Greenwich on voit la Tamise couverte de milliers de vaisseaux : sous les murs de l'Hôtel des Matelots invalides, que domine l'Asile destiné aux enfans, doivent passer les bâtimens sans nombre qui arrivent à Londres, ou qui partent de cette cité pour des pays lointains. Quoi de plus propre qu'un tel tableau à entretenir dans l'âme des matelots invalides ce souvenir des choses passées, qui, chez l'homme au déclin de la vie, et chez l'homme de guerre surtout, fait encore le charme de l'existence ! Quoi de plus propre également qu'un tel tableau à fortifier chez des enfans les dispositions déjà naturellement si grandes des Anglois pour la vie maritime !

L'infirmerie de l'Hôtel des Matelots invalides, établie dans un bâtiment séparé, ne répond pas au reste de cet hôtel, qui, pour la grandeur et la magnificence du monument, et pour la sollicitude dont les matelots vieillards ou infirmes sont l'objet, ne le cède guère à notre Hôtel des Invalides. Au lieu de salles plus ou moins spa-

cieuses qui offriroient beaucoup d'avantages, soit pour la commodité du service, soit pour la salubrité, cette infirmerie se compose d'un grand nombre de petites chambres destinées chacune pour quatre malades, éclairées d'un seul côté, et ayant toutes leur entrée dans des corridors assez obscurs. Au moment où je visitai cette infirmerie, il n'y avoit de cas un peu curieux de chirurgie que celui d'une gangrène sénile très-étendue chez un invalide de soixante-dix ans. Le pied et toute la jambe du côté gauche étoient tombés en mortification : on avoit pratiqué l'amputation de la cuisse immédiatement au-dessus du genou ; les grosses artères du membre n'avoient point fourni de sang, et il avoit été inutile en conséquence de faire des ligatures. Le chirurgien qui me faisoit voir l'infirmerie, considéroit cette dernière circonstance comme un fait des plus extraordinaires, comme un phénomène tout-à-fait incompréhensible. Je ne partageai point sa surprise, et me rappelai seulement, à cette occasion, que l'année dernière un chirurgien transmit à notre Société de la Faculté de Médecine l'observation d'un fait à peu près semblable, dont il déduisoit, comme conséquence, l'inutilité de la ligature des vaisseaux après l'amputation. Comme celui-ci, le chirurgien de Greenwich ignoroit sans doute que la circulation est toujours éteinte

dans une partie gangrénée, et que presque constamment aussi des caillots s'étendent dans les grosses branches des artères, au-dessus des limites de la mortification. Telle est la raison pour laquelle il n'y a point d'hémorrhagie, même lorsque l'amputation est faite dans le vif, à peu de distance des parties gangrénées.

Hôpitaux spéciaux de Londres.

Je reviens aux hôpitaux civils de Londres. Un petit nombre est destiné au traitement de certaines affections exclusivement : tels sont seulement Béthléem, pour les aliénés; l'hôpital de Lock, pour les vénériens; une infirmerie pour le traitement des maladies des yeux; un hôpital pour les maladies cancéreuses. A l'exception de l'hôpital des aliénés, ces hôpitaux ne sont pas tellement affectés à telle maladie, ou à tel genre de maladies, qu'un grand nombre d'individus ayant les mêmes affections ne puissent être admis dans l'un des autres hôpitaux. Cela est surtout remarquable pour les vénériens. Des salles particulières sont destinées pour un certain nombre de vérolés de la classe nécessiteuse dans presque tous les hôpitaux autres que l'hôpital de Lock : aussi celui-ci est-il très-petit relativement à l'immense population de Londres, et à la fréquence des maladies syphilitiques, plus grande encore, assure-t-on, dans cette capitale que dans la nôtre.

On dira peut-être qu'à Paris également, où

il existe un hôpital de vénériens à peu près suffisant pour les individus que leur peu de fortune oblige à réclamer la bienfaisance publique, et dans lequel seul ces malades devroient être admis, il y en a toujours dans les autres hôpitaux, et que même ils y sont confondus avec les autres malades. C'est une infraction aux règlemens de nos hôpitaux, mais une infraction légitime, et qui trouve son excuse dans la difficulté qu'on éprouve fort souvent à distinguer de prime abord le caractère syphilitique de différentes affections locales. Vrai Protée, le vice vénérien, quand surtout l'économie en est infectée depuis long-temps, se masque sous tant de formes, beaucoup de symptômes qui en dépendent ont parfois des traits si peu caractérisés, une physionomie tellement équivoque, qu'en supposant qu'on ait lieu d'en soupçonner le vrai caractère, il ne faut pas moins que la réussite d'un traitement anti-vénérien pour dissiper toute incertitude. Ce traitement est alors un moyen d'éclairer le diagnostic de la maladie. C'est pour les faire servir à l'instruction des élèves qu'on conserve ces cas douteux et embarrassans de maladie vénérienne dans les hôpitaux autres que celui qui est spécialement destiné aux vérolés, et plus particulièrement encore dans ceux où la clinique chirurgicale est instituée.

Ainsi donc il y a à Londres des hôpitaux spéciaux que nous n'avons pas à Paris, et, d'un autre côté, nous en avons qui n'existent point à Londres. Mais, ce qui est plus remarquable, le but de l'institution des nôtres est presque parfaitement rempli : celle des hôpitaux spéciaux à Londres laisse encore, au contraire, beaucoup à désirer. Le vice essentiel est que chacun de ces hôpitaux, quoique spécialement ou même exclusivement établi pour le traitement des affections d'un genre déterminé, n'est pas le seul où les personnes atteintes de ces affections puissent être admises; et ce vice tient, ainsi que quelques autres, au système général des hôpitaux de Londres, lesquels, indépendans les uns des autres, et n'ayant entre eux aucun lien, sont régis ou gouvernés par autant d'administrations particulières. Bien qu'un tel système ne soit pas non plus sans quelques avantages, il y en a de plus grands encore à ce que les nombreux hôpitaux d'une grande ville forment un ensemble soumis à une administration commune ou générale. Depuis qu'il en est ainsi pour les hôpitaux de Paris, combien d'améliorations n'ont-ils pas éprouvées qui n'eussent point eu lieu, ou qui très-certainement eussent été plus tardives ! En citerai-je quelques-unes ?

Tous les hôpitaux de Londres sont autant d'établissemens particuliers indépendans les uns des autres.

L'un d'eux, dans lequel il a existé pendant

si long-temps une si énorme disproportion entre le nombre des malades de tout âge, de toute condition, de tout pays même qu'on y admettoit, et l'étendue du local; dans lequel deux, quatre et jusqu'à six malades partageoient la même couche; où l'on voyoit des mourans, des morts même, gisant à côté de malheureux qui devoient survivre à leur maladie, l'Hôtel-Dieu, en un mot, qui contenoit autrefois quatre ou cinq mille malades, n'est plus destiné que pour mille ou onze cents. Un foyer d'infection, un lieu vraiment impur, a été changé en un asile tel que ceux qu'on doit offrir à l'homme souffrant et malheureux, et qui n'a plus d'autres désavantages que celui d'occuper un espace trop resserré, et d'être dans une trop grande proximité de la rivière.

Quels avantages sont résultés du système contraire adopté pour les hôpitaux de Paris.

Un autre qui n'a été pendant long-temps qu'un lieu de décharge, une sorte de succursale du premier, a reçu une destination mieux déterminée et des plus utiles : je veux parler de l'hôpital Saint-Louis, maintenant consacré aux maladies cutanées chroniques, aux maladies scrophuleuses, scorbutiques, aux affections cancéreuses parvenues à un degré, ou se montrant sous des formes qui excluent toute idée de tentative de guérison par des procédés chirurgicaux, en un mot, aux différentes affections chroniques autres que celles qui atta-

quent les viscères. Un ordre parfait y a été établi ; des hommes habiles n'ont pas dédaigné d'y être placés comme médecins et comme chirurgiens ; et cette dernière circonstance n'a pas moins contribué, sans doute, que la première à donner à l'hôpital Saint-Louis un genre de célébrité d'autant plus remarquable, que cet hôpital étoit, il n'y a que quelques années, l'objet d'une aversion générale. C'est là que M. Alibert a recueilli les matériaux de son grand ouvrage sur les maladies cutanées, l'un des travaux modernes dont la médecine françoise a le plus à se glorifier.

C'est une chose, jusqu'à un certain point, contraire à la décence, et préjudiciable aux bonnes mœurs, que, dans un hôpital, des enfans soient confondus avec des sujets adultes. D'un autre côté, des enfans malades, ceux même qui ont franchi l'époque de l'allaitement, exigent des soins particuliers qu'il est presque impossible de leur donner, s'ils ne sont pas isolés des individus d'un âge plus avancé. On auroit pu obtenir de grands avantages sous ces deux rapports, en affectant dans chacun des hôpitaux de Paris, ou dans quelques-uns seulement, une salle, ou un local plus étendu, pour les enfans malades. Au lieu de cela, et dans l'espérance de résultats plus avantageux encore, on a établi un hôpital qui leur est exclu-

sivement destiné. Ils vivent dans un air plus pur que celui des hôpitaux d'adultes, et au milieu des autres circonstances hygiéniques dont la médecine tire un si grand secours contre les maladies de l'enfance. Cependant, il faut le dire, dans cette fondation d'un hôpital d'enfans malades, les intérêts de la médecine ont été sacrifiés : il est douteux, au moins à mon sens, que l'observation spéciale des maladies de l'enfance soit aussi utile et aussi féconde en résultats qu'a pu l'être et que pourroit l'être la comparaison des maladies de tous les âges, faite par les mêmes observateurs sur de grandes réunions d'individus.

Les plus grands, comme les plus heureux changemens, des changemens, je dirois presque inattendus, tant ils avoient été inutilement réclamés avant que tous les hôpitaux dépendissent d'une administration commune, ont été introduits dans nos maisons d'aliénés. Nos deux principaux établissemens de ce genre, celui de Bicêtre et celui de la Salpêtrière, ne laisseroient rien à désirer, s'ils étoient entièrement isolés, si chacun d'eux n'étoit pas annexé à des établissemens d'une autre nature. On éprouve je ne sais quelle émotion pénible, en voyant les femmes aliénées occuper une partie de la maison qui sert de retraite à des milliers de femmes accablées par l'âge et les infirmités. Le cœur est

révolté quand on pense que Bicêtre, où sont des hommes fous et des épileptiques d'une part, et d'une autre, de malheureux vieillards, connus sous le nom respectable de *bons pauvres*, sert aussi de séjour momentané à des hommes couverts d'ignominie, et que la société repousse de son sein.

Parmi les innovations utiles introduites dans le système général des hôpitaux de notre capitale, il ne faut pas oublier la fondation d'un hôpital de vénériens, bien plus considérable que celui qui existe à Londres, et de deux maisons de santé, l'une annexée à cet hôpital des vénériens, et destinée exclusivement aussi au traitement de maladies syphilitiques; l'autre, sans destination exclusive relativement au genre de maladies; toutes deux d'une très-grande ressource pour des malades qui, sans être dans une grande aisance, peuvent faire néanmoins quelques sacrifices, et ont trop de délicatesse pour venir dans les hôpitaux occuper la place et ravir le patrimoine du pauvre.

Par combien de choses aussi l'administration de nos hôpitaux n'a-t-elle pas manifesté sa sollicitude pour tout ce qui peut contribuer à l'avancement de la médecine et de la chirurgie, et surtout pour tout ce qui peut favoriser les progrès de ceux qui font les premiers pas dans la carrière si difficile de l'art de guérir ! Associant,

pour ainsi dire, ses efforts à ceux des personnes qui sont les dépositaires de l'instruction, elle a multiplié à dessein dans les divers hôpitaux des places subalternes, lucratives pour ceux qui les remplissent. Ces places sont obtenues au concours, moyen efficace d'entretenir l'émulation parmi nos jeunes élèves : des récompenses sont promises et accordées à ceux qui, dans le simple accomplissement de leurs devoirs, ont montré le plus de zèle et de capacité. Combien est différent ce qui se fait dans les hôpitaux de Londres ! Les étudians donnent des sommes assez considérables pour avoir la liberté de fréquenter les hôpitaux, et non pas tous les hôpitaux indistinctement, mais l'un d'eux seulement, ou chacun d'eux en particulier. Ils payent plus cher encore le droit d'y faire des pansemens. Ajoutez que tandis que des cliniques, soit internes, soit externes, auxquelles tous les élèves sont libres d'assister, sont organisées dans quelques-uns de nos grands hôpitaux, aucun, aucun absolument des cours que font les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Londres, n'est gratuit : ils ne le sont pas même pour ceux des élèves qui ont acquis le droit de fréquenter l'un des hôpitaux où ces cours se font ; et cependant à Londres les hôpitaux sont les sources presque exclusives de l'instruction tant médicale que chirurgicale.

Mais, sans y penser, je viens d'anticiper sur ce que je dois dire plus tard de l'état actuel de l'enseignement de la médecine et de la chirurgie à Londres, et je me suis un tant soit peu éloigné de l'objet principal que j'avois en vue. J'en étois à faire l'exposition rapide des principaux et des plus heureux changemens qui ont eu lieu dans nos hôpitaux depuis vingt-cinq ans : je voulois faire sentir les grands avantages de la réunion des nombreux hôpitaux d'une grande ville, telle que Paris, sous une seule et même administration : je voulois faire prévaloir le système qui consiste à former de ces nombreux asiles un tout dont les parties parfaitement liées, exactement proportionnées entre elles, paroissent exister et existent en effet les unes pour les autres : je voulois enfin nous proposer aux Anglois pour exemple et pour modèle. Mais non, l'entière indépendance dans laquelle sont les uns des autres les hôpitaux de Londres, l'existence de tous comme autant d'établissemens particuliers, n'ayant entre eux aucun rapport, aucune liaison, est trop conforme au goût, à l'esprit de la nation angloise, pour éprouver jamais aucune atteinte. Un tel système favorise trop cette disposition, ce penchant des particuliers à lutter sans cesse contre l'influence de l'autorité suprême, à s'en affranchir autant que possible, et à acquérir, en tout ce qui a rapport

Toutefois, le système des hôpitaux de Londres est trop conforme au goût et à l'esprit de la nation angloise, pour éprouver jamais des changemens.

à la chose publique, des droits, des prérogatives, une influence qu'ils ne doivent, en quelque sorte, qu'à eux-mêmes : il subsistera toujours.

Un mois de séjour à Londres est un temps trop court pour voir en détail tous les hôpitaux de cette capitale ; mais voulant surtout connoître l'état de la chirurgie en Angleterre, j'ai dû plus particulièrement visiter ceux de ces hôpitaux auxquels le talent des chirurgiens donne en ce moment le plus de réputation. Ceux que j'ai le plus fréquentés sont l'hôpital de Guy, l'hôpital Saint-Thomas, celui de Londres, l'hôpital Saint-Barthélemy, celui de Middlesex et l'hôpital Saint-Georges. J'ai cependant vu à peu près tous les autres.

Des hôpitaux de Londres, considérés comme édifices, et sous le rapport de leur distribution intérieure.

Comme édifices, les hôpitaux de Londres offrent au moins de la régularité dans le plan de leur construction, et une élégante simplicité. Beaucoup, dans lesquels on a déployé un plus grand luxe d'architecture, doivent être comptés au nombre des monumens les plus remarquables d'une ville vraiment pauvre en beaux édifices publics. Sous ce premier rapport, aucun de nos hôpitaux n'est comparable à ceux de Londres. Toutefois, j'entends parler de ceux de Paris seulement : quelques grandes villes de France possèdent des hôpitaux qui font l'étonnement et l'admiration des étrangers.

On travaille tous les jours à corriger les vices

de construction et de distribution que présentoient la plupart de nos hôpitaux, à ajouter à leur salubrité, ou du moins à mitiger autant que possible les causes inévitables d'insalubrité de lieux destinés au rassemblement d'un plus ou moins grand nombre d'individus, et surtout d'individus malades. On a déjà obtenu de grands résultats ; on doit en obtenir encore, et le jour n'est peut-être pas éloigné où les divers hôpitaux de Paris présenteront tous les avantages dont sont susceptibles des établissemens de cette nature. Mais, dès à présent, les hôpitaux de Londres laissent peu de choses à désirer sous ce rapport. Ceux qui existent depuis long-temps présentent aussi depuis long-temps les avantages dont il s'agit, parce qu'à Londres, les édifices consacrés aux hôpitaux n'ont jamais eu d'autre destination que celle qu'ils ont maintenant. Les hôpitaux n'ont pas été établis dans des maisons affectées auparavant à un autre usage. On a donc pu tout prévoir dans leur construction. Eu égard au nombre de malades pour lequel chacun d'eux est destiné, presque tous sont construits sur d'assez grandes dimensions : l'espace n'y a pas été ménagé. La distribution intérieure offre à peu près toutes les commodités désirables pour la facilité du service. Les salles des malades n'y sont pas spacieuses; mais elles ne contiennent qu'un petit nombre de

malades proportionnément à leur étendue. Elles sont en général bien percées, mais presque partout trop basses. On y entretient une grande propreté. Avec tout cela, l'intérieur des salles des hôpitaux de Londres ne présente pas l'aspect imposant des salles de la plupart des nôtres: cela tient à ce que les lits y sont bas, étroits, mal garnis, sans rideaux, ou avec de très-petits, qui, placés à la tête de chaque lit, ne servent qu'à une mesquine décoration. Dans nos hôpitaux, au contraire, les malades trouvent une couche au moins aussi bonne, et, pour le plus grand nombre d'entre eux, meilleure que celle qu'ils ont quittée; et une chose qui plaît, c'est d'y voir des lits larges, assez élevés, bien garnis, et entourés de rideaux dont le moindre avantage est de diminuer la nudité des salles, mais qui servent bien plus encore aux malades eux-mêmes à se garantir jusqu'à un certain point de l'impression du froid pendant la saison rigoureuse; à se procurer dans le jour un certain degré d'obscurité, favorable au repos dont ils peuvent avoir besoin; à se soustraire aussi souvent et aussi facilement qu'ils le désirent, à la vue de ceux qui les entourent immédiatement; et à éloigner d'eux, autant que possible, le spectacle si affligeant, et qui se reproduit si souvent dans les hôpitaux, d'un malheureux aux prises avec la mort.

De la manière dont les malades sont admis dans les hôpitaux de Londres.

Les malades ne sont ordinairement admis dans chacun des hôpitaux de Londres que sur la recommandation de l'un des souscripteurs de l'établissement. Cette recommandation n'est inutile, et il n'y a d'exception à ce mode d'admission des malades dans les hôpitaux de Londres, que pour les cas d'accidens, de blessures graves qui exigent de prompts secours; et dans quelques hôpitaux, dans ceux surtout qui sont voisins des quartiers les plus populeux de cette immense cité, des quartiers où se font les grands travaux qui exposent le plus à des accidens, une salle particulière est destinée pour les malheureux que des blessures plus ou moins graves ont mis dans le cas d'être reçus sans recommandation particulière.

Ce qui seroit préférable à cet égard, et ce qui devroit avoir lieu à Londres ainsi qu'à Paris.

Il seroit mieux qu'à Londres, et dans toutes les villes considérables, les malades eussent seulement besoin de se présenter dans un hôpital pour y être admis, leur maladie y étant toutefois préalablement constatée par des personnes auxquelles le soin de les visiter seroit confié. Un tel système, je le sens, n'est pas sans quelques inconvéniens; mais quel ordre de choses n'en présente point? Il existoit autrefois pour les hôpitaux de notre capitale : ce n'est que depuis douze ou quinze ans qu'a été établi un lieu central où doivent se rendre tous les malades des divers quartiers de Paris qui veulent être reçus

dans les hôpitaux : on y constate leurs maladies; et chacun d'eux y reçoit un billet d'admission, ou pour tel de nos hôpitaux spéciaux, si c'est un enfant, ou s'il est atteint de l'une de ces maladies pour le traitement desquelles quelques hôpitaux sont destinés exclusivement, ou pour l'un des autres hôpitaux, si son âge et le genre de sa maladie comportent qu'il y soit admis, et autant qu'il le désire, et que cela est possible, pour l'hôpital le moins éloigné de sa demeure habituelle. Il n'est permis d'admettre d'urgence dans chacun de nos divers hôpitaux, que des individus dangereusement blessés, ou dont la vie est actuellement menacée par quelque autre accident. Par cette institution du bureau central, on a cru parer aux abus qui résultent de l'admission trop facile des malades dans les hôpitaux; on a surtout voulu prévenir l'encombrement de ceux-ci, et assurer la destination de chacun des hôpitaux spéciaux. Je me suis plu à signaler beaucoup d'heureux changemens introduits dans nos hôpitaux depuis un assez petit nombre d'années, et à faire ressortir les avantages qu'ils présentent sous beaucoup de rapports sur les hôpitaux de Londres. Je n'hésite pas davantage à dire, en comparant ce qui se fait maintenant chez nous avec ce qui avoit lieu autrefois, que, comme tant d'autres innovations qui sont merveilleuses en théorie,

mais dont l'expérience démontre les inconvéniens, cette institution d'un lieu central où doivent se rendre tous les malades pour y être visités, et pour être de là disséminés dans les divers hôpitaux de notre capitale, est mauvaise, sous quelque rapport qu'on la considère; qu'elle n'offre aucun des avantages dans l'espérance desquels elle a été fondée; qu'elle ne remédie que très-imparfaitement aux abus qu'on a voulu corriger, et qu'elle est la source d'une foule d'autres contre lesquels s'élèvent les médecins et chirurgiens en chef des hôpitaux, qui sont le plus à même de les observer. Leur voix, je l'espère, sera entendue des hommes qui président à l'administration générale de nos hôpitaux. Il faudroit que ces hôpitaux fussent ouverts, sans autant de formalités, aux malheureux qui espèrent y trouver du soulagement à leurs maux : on ne sauroit trop faire pour dispenser des êtres souffrans de démarches préparatoires, si peu compatibles le plus ordinairement avec l'état de dénuement dans lequel ils se trouvent. C'est dans les hôpitaux eux-mêmes, et par des règlemens qui devroient être suivis avec rigueur, qu'il faudroit se prémunir contre les abus dont une telle condescendance pourroit être la source.

Il y a dans quelques-uns des hôpitaux de Londres, comme je l'ai déjà fait entendre, une

salle particulière pour les blessés proprement dits, c'est-à-dire, pour les individus qui ont éprouvé des accidens graves ; une autre pour des vénériens, du service desquelles les chirurgiens sont chargés. A part cela, les départemens de la médecine et de la chirurgie sont confondus : dans les mêmes salles sont réunis des malades dont l'état réclame les secours de la médecine, et d'autres dont les affections sont du domaine de la chirurgie. La même chose n'existe en France que dans quelques hôpitaux de très-petites villes, où le peu d'étendue du local disponible ne permettroit peut-être pas qu'il en fût autrement, et dans lesquels d'ailleurs les cas de chirurgie, surtout les cas graves, ceux qui peuvent nécessiter des opérations importantes, se présentent trop rarement pour qu'on ait dû penser aux dangers de la réunion dans une même salle, de sujets atteints de maladies chirurgicales, et de ceux qui sont affectés de maladies internes. Mais dans les grands hôpitaux, dans les hôpitaux consacrés autant à la pratique journalière de la grande chirurgie, qu'à celle de la médecine, il y a des inconvéniens réels à ne point séparer les maladies qui sont les sujets de chacune des deux. Voici ce que les uns et les autres ont à souffrir de leur réunion.

Les départemens de la médecine et de la chirurgie ne sont pas séparés dans les hôpitaux de Londres.

Inconvéniens de leur réunion.

Qu'on fasse exception des temps extrême-

ment rares où beaucoup de plaies se compliquent d'un état gangréneux, où règne parmi des blessés la pourriture d'hôpital, n'est-il pas vrai que les maladies chirurgicales causent moins l'impureté de l'air que les maladies internes? N'est-il pas vrai qu'un grand nombre des malades en proie à ces dernières, dégagent des effluves impures en plus grande quantité que les miasmes qui s'élèvent des plaies et des ulcères? La mortalité est incomparablement plus grande parmi ces malades que parmi les blessés; et qui ne voit que le pénible spectacle d'agonisans, que celui de la mort, peuvent influer d'une manière fâcheuse sur l'état des malheureux qui ont de grandes blessures, qui ont subi des opérations graves, et qu'il est si important de soustraire à toutes les causes d'impressions morales? Ces mêmes malades dangereusement blessés, ou plus encore, les opérés, ont besoin de jouir d'une parfaite tranquillité; ils voudroient n'entendre aucun bruit ; c'est surtout après la nuit qu'ils aspirent pour jouir du repos, pour se livrer à un sommeil qui doit leur faire oublier les souffrances qu'ils ont éprouvées. Ils ne jouiront pas de ces avantages s'ils sont entourés de malades en proie à des maux intérieurs. Beaucoup de ceux-ci ne jouissent pas pendant la nuit du calme dont eux-mêmes auroient besoin : c'est chez quelques-uns

le temps marqué pour l'exacerbation des symptômes de leur maladie. Aussi, parcourez la nuit les salles d'un vaste hôpital, dans lequel les départemens de la médecine et de la chirurgie sont séparés, c'est-à-dire dans lequel des salles différentes sont affectées au service de la chirurgie et à celui de la médecine, vous n'entendez dans les premières presque aucun bruit. Beaucoup de maladies chirurgicales causent l'insomnie, à la vérité; mais il est extrêmement rare que dans cet état d'insomnie, les malades se livrent à l'expression de la douleur. Le calme règne donc, en général, pendant la nuit dans les salles de chirurgie; le contraire a lieu dans les salles de médecine. Combien de maux intérieurs causent de telles souffrances que les malades ne peuvent s'empêcher de faire entendre presque continuellement une voix plaintive! Si ce n'est pas par des plaintes, par des gémissemens que le silence de la nuit est interrompu, il le sera par les accès de toux de malheureux phthisiques, par l'importune loquacité, par les actes plus bruyans encore d'un homme en délire, etc. Il faut ajouter que dans des salles de médecine, l'état de beaucoup de malades exige qu'on leur prodigue pendant la nuit des soins aussi assidus que pendant le jour; ce qui ne peut être fait sans quelque bruit. Ainsi donc de grands blessés, des opérés,

placés au milieu d'individus ayant des maladies internes de tous genres, seroient soumis à des influences physiques et morales nuisibles à leur état : ils auroient à souffrir de la plus grande insalubrité de l'air, de la vue presque continuelle de malheureux en proie aux angoisses de la mort; ils auroient à souffrir de ne pouvoir pas toujours jouir pendant la nuit du calme et de la tranquillité nécessaires au sommeil.

Leur présence, il faut en convenir, a aussi ses inconvéniens pour les malades avec lesquels ils sont réunis dans une même salle. Pour en juger, voyez ce que sont dans le jour des salles de chirurgie. Aux heures des pansemens, elles sont fréquentées par un plus ou moins grand nombre d'élèves, et beaucoup d'opérations douloureuses doivent de toute nécessité être pratiquées au lit même des malades. A chaque instant on peut y apporter des malheureux qui viennent d'éprouver des accidens, et qu'on ne peut pas voir sans éprouver une émotion pénible. Beaucoup de maladies chirurgicales ne portant aucune atteinte à la santé générale, ceux qui en sont affectés aiment à se lever dans le jour, à se promener, ou s'ils sont obligés de garder le lit, on pourroit difficilement les empêcher de converser entre eux. On peut donc dire que, pendant le jour, les salles de chirurgie, dans un grand hôpital, sont bruyantes,

trop bruyantes même pour quelques-uns des malades qui y sont placés. Supposez un moment ces malades au milieu d'une foule d'autres dont l'état n'exige que les secours de la médecine, combien ne doit pas être incommode pour ceux-ci tout le mouvement inséparable du service de la chirurgie ! Je suis persuadé que dans les hôpitaux où les départemens de la médecine et de la chirurgie ne sont pas séparés, dans ceux de Londres, par exemple, les fiévreux et les autres malades confiés aux soins du médecin, redoutent singulièrement les instans du jour où se font la visite et les pansemens des blessés.

Vœux inutilement formés jusqu'à présent par les médecins et chirurgiens de quelques hôpitaux pour la séparation de leurs départemens respectifs.

C'est assez faire sentir la nécessité de la séparation des deux services de la médecine et de la chirurgie dans les grands hôpitaux. Dès long-temps cette séparation existe dans ceux de Paris, et ce n'est pas un des moindres avantages qu'ils présentent, en les comparant aux hôpitaux de la capitale de l'Angleterre. Cependant les médecins et chirurgiens anglois partagent notre manière de voir à cet égard : leurs vues, leurs principes ne diffèrent pas des nôtres. Ils voudroient voir introduire chez eux cette particularité du régime intérieur de nos hôpitaux. Mais jusqu'à présent des préjugés plus forts que la raison ont rendu leurs vœux superflus et leurs tentatives inutiles. Il n'y a pas long-temps encore que les médecins et chirurgiens du *Lon-*

don's hospital, l'un des hôpitaux le plus récemment institués à Londres, avoient résolu de tout tenter pour obtenir que, dans ce bel établissement, les sujets atteints de maladies internes, et ceux dont l'état exige les secours de la chirurgie, fussent dans des salles séparées: et peut-être cette amélioration introduite dans l'un des hôpitaux de Londres, auroit-elle été bientôt étendue à tous les autres. Eh bien, des obstacles supérieurs à leurs efforts les ont forcés d'abandonner leur projet.

Les médecins et chirurgiens en chef des hôpitaux de Londres ne font leurs visites que certains jours de la semaine.

Mais il suffiroit, je pense, de la volonté des médecins et des chirurgiens attachés aux hôpitaux de Londres pour faire cesser un vice également préjudiciable aux malades, et à la science à laquelle ceux-ci fournissent les moyens de faire faire des progrès, et que voici. Les hommes placés à la tête de la médecine et de la chirurgie de nos hôpitaux sont assujettis, ou se sont d'eux-mêmes assujettis à des visites journalières. A Londres, au contraire, c'est deux fois ou trois fois au plus par semaine que, dans chaque hôpital, les malades sont visités par les médecins et chirurgiens en chef: aucun des hôpitaux de Londres ne fait une heureuse exception à cet égard. Une

Inconvéniens d'un tel usage.

telle coutume a de grands inconvéniens, surtout pour ce qui concerne le service de la médecine. Inutilement dira-t-on que, dans chaque hôpital, le médecin en chef a un, deux ou plu-

sieurs seconds qui, portant le titre d'apothicaires, sont chargés à la fois, et de surveiller la confection des médicamens, et de visiter chaque jour les malades. Combien ne doit-il pas être préjudiciable pour ceux-ci d'être suivis et traités alternativement par deux médecins qui n'ont peut-être pas la même doctrine, les mêmes vues pratiques, ou dont l'un est peut-être obligé de suivre aveuglément les erremens de l'autre? Cette coutume n'est pas moins contraire aux intérêts de la médecine. Sans doute, parmi les maladies internes, il en est beaucoup dont les divers états se succèdent si lentement, que, pour en faire un tableau exact, il n'est pas nécessaire d'en suivre scrupuleusement les progrès chaque jour: mais combien aussi n'en est-il pas qui, dans leur marche rapide, revêtent chaque jour, ou même plusieurs fois dans un seul jour, une physionomie différente, et pour l'exacte observation desquelles le vrai médecin ne doit s'en rapporter qu'à lui-même, et ne voir que le moins possible par les yeux d'autrui. Parce que les cas de chirurgie ne sont pas sujets à autant de métamorphoses que les maladies internes, parce que les maladies chirurgicales procèdent dans leur marche d'une manière plus régulière, la règle que se sont imposée en France les chirurgiens des hôpitaux, de visiter chaque jour les malades confiés à leurs soins, de prési-

der chaque jour, et à des heures déterminées, aux pansemens des blessés, paroît peut-être une chose superflue. Mais la chirurgie a, comme la médecine, ses maladies aiguës ; et parmi les affections chirurgicales, il en est peut-être plus que parmi celles qui composent le domaine de la médecine, qui exigent les secours les plus prompts comme les plus éclairés. Et avec quelle attention scrupuleuse ne doivent pas être observées les suites de certaines blessures, celles de beaucoup d'opérations ! Si j'en juge par mes propres sensations et ma propre expérience, un chirurgien zélé à la tête de la chirurgie d'un grand hôpital, trouve chaque jour l'occasion de voir quelque chose qu'il n'auroit pas vu le lendemain, et qu'il seroit fâché de ne point avoir observé, trouve chaque jour aussi l'occasion de faire quelque chose qu'il n'auroit pas voulu qui fût fait par des subalternes.

Heure à laquelle se font les visites dans les hôpitaux de Londres, mal choisie pour l'intérêt des malades.

Il n'y a pas jusqu'à l'usage consacré dans les hôpitaux de Londres, de faire les visites dans les salles de médecine, les pansemens et les opérations dans les salles de chirurgie, au milieu du jour, à midi, une heure ou deux heures, qui n'ait des inconvéniens. Celui dans lequel nous sommes, au contraire, de faire le service des hôpitaux le matin, semble mieux établi pour l'intérêt des malades. Considérez ceux qui sont atteints de maladies internes. Dans quel

temps ont lieu ces exacerbations momentanées de symptômes, si ordinaires dans un grand nombre de maladies chroniques? C'est presque toujours la nuit. C'est la nuit encore, et plus constamment même, que la nature opère les crises des maladies aiguës, ou que se font les divers changemens d'état, je dirois presque les métamorphoses qu'un si grand nombre d'entre elles doivent éprouver. N'est-il pas d'un grand avantage pour la pratique de la médecine d'observer les malades dans le temps le plus rapproché de l'époque à laquelle ont eu lieu ces paroxysmes, ces crises, ces changemens dans la marche des maladies, alors que ceux-ci peuvent ne pas être tout-à fait accomplis, alors que les crises ne sont pas encore entièrement terminées, ou que l'exacerbation des symptômes dans beaucoup de maladies dure encore? C'est pour le jour plus que pour la nuit que sont faits dans le régime et dans les médicamens les changemens appropriés aux divers états de la même maladie. Il semble donc convenable que ces changemens soient prescrits le matin, puisque dans les hôpitaux, dans les lieux consacrés au rassemblement d'un plus ou moins grand nombre d'individus en proie à des maux différens, il est impossible de visiter chacun d'eux dans l'instant de la journée qui seroit peut-être le plus convenable relativement au caractère de chaque maladie.

Quant aux maladies chirurgicales, tel est le caractère du plus grand nombre d'entre elles, telle est la nature des soins à donner à ceux qui en sont atteints, que l'heure de la journée à laquelle ces soins sont administrés est une chose à peu près indifférente. Il est ordinaire de panser une fois dans les vingt-quatre heures les ulcères, les plaies en suppuration : il importe peu que ces pansemens, que les malades ne redoutent pas, parce qu'ils ne leur causent ordinairement presque aucune douleur, soient faits le matin, dans le milieu du jour, ou le soir. Qu'importe également l'heure de la journée à laquelle soient faits d'autres pansemens qui doivent être également renouvelés une fois toutes les vingt-quatre heures, parce qu'on y emploie des topiques dont les propriétés médicamenteuses sont affoiblies, ou même presque entièrement épuisées dans ce laps de temps ? On peut le dire, à plus forte raison, de certains pansemens qui ne sont renouvelés qu'à des époques plus éloignées, parce qu'ils consistent dans l'application des médicamens externes dont l'action est lente, et qui conservent long-temps la même propriété, ou dans la réapplication de divers appareils mécaniques, tels, par exemple, que les bandages ou appareils destinés aux fractures, appareils auxquels on ne doit toucher que le moins souvent possible.

Mais ces différentes choses ne sont pas les seules qu'embrasse la pratique de la chirurgie : une autre partie essentielle, ce sont les opérations proprement dites, les opérations sanglantes, douloureuses. Si elles sont une source de bien-être pour ceux auxquels la chirurgie les présente comme sa dernière ressource contre les maux dont ils sont atteints, parce qu'ils pensent y trouver un terme à ces maux, parce que quelquefois elles font cesser instantanément les vives souffrances inséparables des maladies pour lesquelles elles ont été pratiquées, elles sont aussi une source de tourmens, d'inquiétudes et de maux nouveaux. Combien peu d'hommes, en effet, ont assez de courage pour être calmes et impassibles à l'approche du moment où une opération doit leur être faite ! D'ailleurs, toute opération est une cause de douleurs, et de douleurs quelquefois atroces ; et dans le nombre si grand des opérations chirurgicales, il n'en est que trop qui exposent aux accidens les plus graves, et par lesquelles l'existence est plus immédiatement compromise qu'elle ne l'étoit par les maux auxquels on vouloit mettre un terme favorable. Eh bien, au nombre des précautions à prendre pour disposer favorablement le moral de ceux qui doivent subir des opérations graves, on doit compter pour quelque chose le soin de ne pas prolonger

inutilement l'attente toujours pénible de l'une de ces opérations. Ce soin est d'autant moins à négliger, qu'on a affaire à des êtres moins courageux ou plus sensibles, et qui redoutent davantage, et la douleur inséparable de presque toutes nos opérations, et les suites que celles-ci peuvent avoir. Il est impossible que, dans les hôpitaux même, un malade ne sache pas le jour où il doit subir une opération : très-souvent c'est lui-même qui l'a fixé. Ce jour est arrivé ; la nuit qui vient de finir a été calme ; la crainte de l'opération n'a pas empêché le malade de se livrer au sommeil ; mais si cette opération ne doit lui être faite que dans le milieu du jour, ce qu'elle peut avoir de cruel sera continuellement présent à son imagination depuis l'instant du réveil. Si, au contraire, pendant la nuit qui précède le jour où il doit subir une opération grave, un malade a été inquiet, agité; si, trop pusillanime, il s'est abandonné à de fâcheux pressentimens, l'humanité ne prescrit-elle pas de faire cesser promptement cette situation accablante de l'âme ?

C'est déjà, sous ce rapport, une chose avantageuse que la coutume suivie dans nos hôpitaux, d'y faire le service de la chirurgie, et d'y pratiquer les opérations le matin ; et les Anglois feroient bien de nous imiter en cela. Une autre raison encore doit engager à choisir de préfé-

férence le matin pour les grandes opérations de la chirurgie, non-seulement dans les hôpitaux, mais encore dans la pratique particulière. Beaucoup de ces opérations exposent à des accidens primitifs ; une hémorrhagie grave et un état spasmodique sont ceux qu'on a le plus à craindre : si l'un ou l'autre doit avoir lieu, c'est le plus ordinairement dans le cours des premières vingt-quatre heures qui suivent une opération, qu'il se manifeste, mais assez rarement dans les premières heures qui suivent immédiatement cette opération. Supposé donc qu'elle ait été faite dans le milieu du jour, et qu'une hémorrhagie consécutive ait lieu, c'est pendant la nuit vraisemblablement que celle-ci se manifestera ; tandis qu'après les opérations qui ont été pratiquées le matin, l'hémorrhagie, si elle doit avoir lieu, se manifeste presque toujours dans le milieu ou avant la fin du jour. Il est à peine besoin de faire remarquer que, sous tous les rapports, la nuit est un temps moins propice que le jour pour remédier à un tel accident.

C'est dans les hôpitaux que j'ai vu le plus pratiquer les chirurgiens de Londres : c'est là que j'ai recueilli presque tous les matériaux qui doivent me servir à faire connoître l'état présent de la chirurgie en Angleterre. J'isolerai néanmoins cet objet de ce qui me reste à dire

Quelles raisons me portent à ne point parler de la pratique chirurgicale des Anglois à l'occasion des des hôpitaux.

sur les hôpitaux de Londres. Je le puis d'autant mieux, que la chirurgie ne diffère pas essentiellement dans les hôpitaux et hors de ces asiles : les grands principes de l'art sont les mêmes. Pourtant il est vrai de dire qu'un peu plus simple par nécessité, ou un peu moins féconde en ressources pour tout ce qui n'est point opérations, la chirurgie des hôpitaux se montre, relativement à ces dernières, plus hardie, plus entreprenante. Sans que les hôpitaux soient, comme se l'imagine et se plaît trop à le répandre l'ignorant vulgaire, des théâtres d'expériences, on ose quelquefois y tenter et y faire ce qu'on n'entreprendroit point ailleurs là aussi certains cas de chirurgie se présentent, sinon exclusivement, du moins bien plus fréquemment que dans la pratique particulière.

De l'enseignement, et de l'enseignement de la chirurgie surtout, qui, à Londres, est presque concentré dans les hôpitaux.

Je veux donc faire de l'état présent de la chirurgie en Angleterre, un sujet à part de considérations. Mais c'est à l'occasion des hôpitaux de Londres que je dois parler de l'enseignement de la médecine et de la chirurgie, et plus particulièrement de celui de la chirurgie dans cette capitale de l'Angleterre. Car, bien qu'il y ait à Londres un Collége de Médecine et un Collége de Chirurgie, dans chacun desquels se font des cours publics, Colléges tous deux indépendans des hôpitaux ; quoiqu'il y ait aussi à Londres plusieurs établissemens particuliers qui ne dé-

pendent pas non plus des hôpitaux, ni même des Colléges de Médecine et de Chirurgie, et dans lesquels sont professées l'anatomie, la physiologie et les différentes parties de la chirurgie, les hôpitaux sont, à Londres, les lieux particulièrement destinés à l'enseignement de la médecine et de la chirurgie : ce sont les sources principales de l'instruction, tant médicale que chirurgicale. Je jette d'abord un coup d'œil sur les deux autres.

Collége de Chirurgie.

Des deux Colléges, je n'ai vu que celui de chirurgie. Comme établissement d'instruction, le Collége de Chirurgie de Londres n'est comparable ni à aucune de nos Facultés de Médecine, telles qu'elles existent maintenant, ni même à ce qu'étoit le Collége de Chirurgie de Paris à l'époque où ce Collége et l'ancienne Faculté de Médecine formoient deux corps enseignant distincts l'un de l'autre. On fait seulement chaque année, au Collége de Chirurgie de Londres, un cours d'anatomie, un cours de chirurgie, et un autre d'anatomie comparée. Chose singulière, ce dernier cours est celui des trois qui est le plus étendu, auquel on attache le plus d'importance, et qui est fait avec le plus de soin. Sans doute l'anatomie et la physiologie comparées sont une partie de l'histoire naturelle qui doit entrer dans un système complet d'enseignement médical : elles n'ont pas été inu-

C'est l'anatomie comparée qu'on y enseigne avec le plus de soin.

tiles aux progrès de l'anatomie, et surtout de la physiologie de l'homme : elles peuvent y servir encore ; et dans nos Facultés de Médecine, qui sont organisées sur le plus vaste plan, il eût peut-être été bon d'instituer un cours spécial sur cette matière, plutôt que de laisser aux professeurs d'anatomie et de physiologie le soin de faire des excursions sur le domaine de l'anatomie et de la physiologie comparées, et de les mettre dans la nécessité de se détourner dans leurs cours de leur objet principal. Mais qu'au Collége de Chirurgie de Londres, l'anatomie et la physiologie comparées occupent le premier rang, qu'un cours sur ces matières soit le principal qu'on y fasse, c'est un vice essentiel de cette institution. D'après ce que je viens de dire, on ne sera pas étonné d'apprendre que les cabinets d'anatomie du Collége de Chirurgie de Londres, cabinets d'ailleurs très-beaux, très-bien ordonnés, très-proprement entretenus, et dans lesquels il règne même un assez grand luxe, sont moins des cabinets d'anatomie tels qu'on s'attendroit à en trouver dans une école de chirurgie, qu'une sorte de muséum d'histoire naturelle, ou tout au moins d'anatomie comparée. Les préparations relatives à cette dernière y occupent en effet la plus grande place : elles y sont rangées par ordre de fonctions, c'est-à-dire qu'on voit groupés les organes de chaque fonc-

Les cabinets d'anatomie sont une sorte de muséums d'histoire naturelle.

tion appartenant à toutes les classes d'animaux; et cet ordre, prétend-on, existoit dans les cabinets du Collége de Chirurgie de Londres avant que M. Cuvier l'eût adopté pour ses recherches et pour son ouvrage d'anatomie comparée. C'est la méthode à laquelle Haller avoit été conduit pour l'anatomie humaine, dans son grand ouvrage de physiologie, presque sans le vouloir, et sans y attacher aucune importance : c'est celle que Sœmmering, et après lui Bichat, ont introduite dans leurs ouvrages; méthode bonne sous quelques rapports, défectueuse sous d'autres, appliquée à l'anatomie de l'homme; mais qui, appliquée à l'anatomie comparée, est la seule vraiment grande, vraiment philosophique, la seule qui soit en harmonie avec la fin qu'on se propose dans l'étude de cette partie de l'histoire naturelle. Le Muséum anatomique du Collége de Chirurgie de Londres renferme, pour chose accessoire, une collection assez considérable de pièces d'anatomie pathologique, et surtout d'anatomie pathologique chirurgicale. Cette collection étoit celle de G. Hunter.

Les préparations anatomiques très-soignées, soit dans les cabinets du Collége de Chirurgie, soit dans quelques cabinets particuliers d'anatomie.

Je n'ai pu jeter qu'un coup d'œil rapide sur ce bel ensemble de préparations d'anatomie proprement dite, d'anatomie comparée et d'anatomie pathologique : elles m'ont paru très-soignées. Il faut le dire à cette occasion, les Anglois paroissent avoir plus que nous, et par-

tagent avec les Allemands, le très-grand goût des préparations anatomiques. A Londres, le cabinet du Collége de Chirurgie est seulement plus beau que plusieurs autres qui appartiennent à des professeurs particuliers d'anatomie et de chirurgie. Un de ceux que j'ai vus avec le plus d'intérêt après celui du Collége de Chirurgie, c'est celui qu'avoit commencé Jean Hunter, et qui, agrandi par les soins de MM. Wilson et Charles Bell, fait maintenant partie de l'établissement dans lequel ces deux hommes distingués enseignent l'anatomie et la chirurgie. Il est possible que ce goût des Anglois pour les préparations et la conservation de pièces d'anatomie, soit né de la difficulté qu'on avoit autrefois en Angleterre à se procurer des cadavres pour les démonstrations d'anatomie, et les travaux relatifs à cette partie de la médecine. Ainsi les mêmes difficultés enfantèrent la mode, assez générale dans un temps, des ouvrages d'anatomie accompagnés de tableaux, de dessins, ou plutôt des ouvrages essentiellement composés de planches anatomiques : ainsi naquit encore, dans quelques parties de l'Italie spécialement, le goût des pièces d'anatomie en cire : tous moyens de suppléer aux sujets d'étude naturels; ressources utiles, bien qu'insuffisantes, contre les obstacles qui existoient aux travaux anatomiques. Mais si telle a été l'origine du goût qui a existé

et qui existe encore en Angleterre pour les cabinets d'anatomie naturelle, ce goût a survécu à la cause qui l'a fait naître. A Londres, en effet, les études anatomiques sont maintenant presque aussi libres qu'il est possible qu'elles le soient : les facilités pour les travaux qui s'y rapportent sont, non pas plus grandes, ni même tout-à-fait aussi grandes qu'elles l'ont été à Paris pendant si long-temps, ou qu'elles l'étoient il n'y a que quelques années encore, mais bien plus grandes assurément qu'elles ne le sont maintenant chez nous. A Londres, l'autorité n'intervient pas, ou on ne l'y fait point intervenir pour détruire ce qui est bien, pour renverser un ordre de choses établi depuis long-temps : chacun est intéressé à le maintenir, et il subsistera toujours, parce qu'à Londres, pour les différentes parties de la médecine ou de la chirurgie qui y sont professées, l'enseignement public n'est presque rien, et que l'enseignement particulier est tout.

Des divers établissemens consacrés à ce dernier, les uns sont étrangers aux hôpitaux, les autres, et ce sont les principaux, existent dans les hôpitaux même; c'est dans l'enceinte de ceux-ci, et par les médecins et les chirurgiens en chef, que sont faits, à Londres, les principaux cours particuliers. Ainsi les hôpitaux les plus considérables sont, à Londres, comme je

l'avois déjà fait pressentir, autant d'écoles particulières, tout-à-fait libres, indépendantes, rivalisant de zèle et d'activité. Une chose importante néanmoins manque dans toutes ces écoles particulières; ce sont les cliniques. Dans les hôpitaux de Londres, il n'y a ni clinique interne, ni clinique chirurgicale régulièrement organisées.

Pour rester fidèle à l'esprit dans lequel j'ai commencé, et dans lequel je poursuivrai cette relation de mon voyage à Londres, je devrois exposer, par comparaison avec ce qui se fait dans la capitale de l'Angleterre, l'état actuel de l'enseignement de la médecine en France, et particulièrement à Paris; mais de puissantes raisons me portent à garder le silence à cet égard. Ce n'est pas que je craigne d'être entraîné malgré moi à reconnoître la supériorité de nos voisins : je suis loin de la leur accorder. L'existence de nos Facultés, Facultés qui jouissent d'une grande protection; leur belle et imposante organisation; l'heureuse impulsion que cette organisation même a donné à l'enseignement public de la médecine et de la chirurgie, et le bon esprit qu'elle y a introduit, impriment à cet enseignement en France, un caractère de grandeur qu'il ne présente pas dans la capitale de l'Angleterre. C'est une chose dont nous pouvons nous énorgueillir. Je pourrois

Quelles raisons me portent à ne pas comparer l'état actuel de l'enseignement de la médecine et de la chirurgie à Paris avec le même enseignement à Londres.

ajouter que, quoiqu'on fasse pour décourager les hommes qui, ayant le juste sentiment de de leurs forces, cherchent à s'ouvrir une brillante carrière en embrassant d'abord celle de l'enseignement particulier, et pour détruire celui-ci, il est encore à Paris, comme il l'a toujours été, une source non moins féconde d'instruction que l'enseignement public. Mais, pour ne pas trahir la vérité, ou pour la dire toute entière, il y auroit aussi à faire la part de la critique ; et en découvrant le mal, le moyen de ne pas remonter à la source ? Comment ne pas dire qu'un coupable relâchement s'est introduit dans plusieurs parties de l'enseignement public de la médecine ; que, par un système d'innovation des plus mal conçus, et qui sera des plus funestes, on a projeté la ruine de l'enseignement particulier ; que déjà de fortes atteintes y ont été portées ; qu'on lui a ravi une partie de sa liberté, de son indépendance, et conséquemment de ce qui le rendoit une source si féconde de zèle, d'émulation, et pour ceux qui s'y livroient, et pour nos jeunes élèves ; que par des mesures dont il eût été si facile de détourner l'autorité qui les a prises, Paris sera bientôt, mais que dis-je ? Paris est déjà de toutes les villes de la France où la médecine est enseignée, celle où l'on peut le moins facilement étudier et cultiver l'anatomie ; qu'ainsi nous sommes

sur le point de perdre cette supériorité dans l'enseignement, qui, avant nos troubles politiques, attiroit en France les étrangers curieux d'acquérir en peu de temps des connoissances exactes dans les différentes branches de la médecine, ou de perfectionner celles qu'ils avoient déjà acquises?

Ainsi donc la crainte de froisser quelques amour-propres, un sentiment d'orgueil national, la crainte aussi de paroître mu par d'autres motifs que l'intérêt et l'amour de la science, m'empêchent de m'expliquer ici avec franchise, et me détournent de la résolution que j'avois prise d'examiner en détail en quels points le système, et ce que j'appellerois volontiers les formes de l'enseignement de la médecine et de la chirurgie à Paris, méritent la préférence sur le système et les formes du même enseignement à Londres; sous quels rapports, au contraire, nous pouvons envier quelque chose aux Anglois. Malgré moi, je laisse une lacune importante dans cette partie de mon travail.

Dirai-je au moins suivant quelles méthodes, dans quel esprit sont professées, à Londres, l'anatomie, la physiologie, et les différentes parties de la chirurgie; car il ne faut pas oublier que Londres est principalement une école de chirurgie, et que l'enseignement de la médecine s'y réduit à très-peu de choses? Je ne le

puis encore. Pour avoir des notions un peu exactes à cet égard, il auroit fallu assister au moins à quelques leçons, ou publiques, ou particulières. Mais le hasard m'a mal servi : j'étois à Londres au mois d'août ; c'étoit le temps de la suspension de tous les cours. D'ailleurs, m'y fussé-je trouvé dans un moment plus opportun, peut-être, quoique je sois assez familier avec la lecture de la langue angloise, n'eussé-je pas pu mettre à profit, autant que je l'aurois désiré, des leçons faites dans cette langue, comme, à moins d'une connoissance parfaite de la langue françoise, et d'une grande habitude de l'employer dans la conversation, un étranger ne pourroit guère se flatter d'avoir parfaitement saisi l'esprit et les détails d'une de nos leçons sur quelque objet de médecine ou de chirurgie. La seule chose principale dont j'aie pu être instruit, c'est qu'à Londres tous les cours sont faits avec beaucoup de concision, et d'une manière très-abrégée ; les nôtres sont en général plus longs, plus détaillés : aussi les Anglois nous accusent-ils de prolixité. S'il n'est pas possible d'éviter l'un ou l'autre excès, celui qu'on nous reproche est celui qui a le moins d'inconvéniens. Mais peut-être ces deux manières d'enseigner, qui semblent être également vicieuses, sont-elles chacune en rapport avec la trempe d'esprit des hommes pour l'instruction desquels elles sont

Les divers cours sont faits à Londres avec beaucoup de concision.

suivies. Un caractère sérieux, réfléchi, et porté à la méditation, distingue éminemment la nation angloise, et la distingue surtout en ce qu'il se développe de bonne heure. L'Anglois, jeune encore, est remarquable par une certaine maturité de raison et de jugement, qui, lorsqu'il s'agit de l'instruire dans une science quelconque, doit permettre de compter autant sur le travail de sa pensée que sur le simple exercice de sa mémoire. Sans être moins habile aux travaux de l'esprit, à la culture des sciences et aux conceptions du génie, le François a une jeunesse plus fougueuse, plus distraite; sa raison est plus tardive; et lorsqu'il se livre à l'étude des sciences, il est nécessaire que, pendant quelque temps au moins, on cultive seulement sa mémoire, et qu'on abandonne peu de choses à ses méditations. C'est peut-être aussi pour nous, François, un besoin de répandre, de communiquer aux autres, et dans tous leurs détails, les connoissances que nous avons acquises. Ce que Sénèque disoit de lui-même, qu'il consentiroit à n'avoir jamais rien su, si ses connoissances n'avoient dû être que pour lui seul, s'il lui étoit interdit de les transmettre aux autres, est l'expression d'un des traits de notre caractère.

SECONDE PARTIE.

DOCTRINE ET PRATIQUE CHIRURGICALES DES ANGLOIS.

Pour disposer de la manière la plus convenable cette seconde partie de mon travail, pour en former un ensemble aussi méthodique que la nature du sujet peut le comporter, une première chose doit m'occuper ; c'est l'examen de la méthode de panser, et de la manière générale d'opérer des chirurgiens anglois.

Manière générale dont se font les pansemens dans la chirurgie angloise.

Beaucoup de maladies chirurgicales, autres que les plaies et les ulcères, n'exigent pour tout traitement que l'application de remèdes topiques, application qui, plus ou moins souvent renouvelée, constitue ce qu'en chirurgie on nomme un pansement. Mais ce sont surtout les plaies et les ulcères de tous genres qu'on panse, ou tous les jours, ou à de plus longs intervalles, soit qu'on veuille en changer l'état par des topiques médicamenteux, soit qu'on veuille seulement les soustraire au contact de l'air, à l'impression du froid ou d'autres qualités nuisibles de l'atmosphère, en un mot, à l'injure des corps extérieurs, et qu'ainsi les panse-

mens soient simplement défensifs : car, dans les plaies surtout, et dans celles même qui doivent suppurer plus ou moins abondamment, et ne guérir que par le travail lent de la cicatrisation, la nature se suffiroit presque toujours à elle-même pour la succession régulière des divers états qui amènent cette guérison.

Elle est très-simple.

Pour quelque maladie que ce soit, mais particulièrement pour les plaies et les ulcères, la méthode de panser usitée en Angleterre, ou du moins dans les hôpitaux de Londres, est fort simple. La chirurgie angloise n'est pas plus polyphamarque que la chirurgie françoise; il paroît, au contraire, que la médecine angloise n'a pas, autant que la nôtre, dépouillé ce caractère. Toutefois, la manière simple de panser les plaies et les ulcères, adoptée par les chirurgiens anglois, ne tient pas seulement à ce qu'ils ont porté aussi loin que nous l'abandon des onguens et de tous les topiques composés, qui, pendant si long-temps, furent employés avec une profusion aussi ridicule que vaine : elle dérive en partie de la méthode même de traiter ces solutions de continuité, à laquelle ils donnent la préférence. Par exemple, on connoît déjà, et j'indiquerai ailleurs plus particulièrement la singulière prévention des chirurgiens anglois en faveur de la réunion immédiate des plaies, même des plus grandes plaies : ils réunissent

Cela tient en partie à la méthode même de traitement des plaies et des ulcères que les chirurgiens anglois préfèrent.

par première intention toutes celles qui ne présentent pas un empêchement absolu à l'emploi de cette méthode. On voit clairement qu'elle rend inutiles des pansemens longs et compliqués, en même temps que, lorsqu'elle réussit, elle procure une guérison plus prompte : c'est le double avantage qu'elle fait espérer. Les chirurgiens anglois ont cru pouvoir l'étendre aux ulcères qui, entretenus par une disposition locale, réclament principalement un traitement local. On ne peut pas, à la vérité, de quelque manière qu'on procède, rapprocher complètement, et mettre en contact immédiat, les bords d'un ulcère, pour peu que cet ulcère ait une certaine étendue ; mais on peut essayer de diminuer l'intervalle qui les sépare, en employant des bandelettes d'emplâtre agglutinatif : on peut même, si l'ulcère affecte une partie qui se prête à être embrassée circulairement, entourer cette partie avec des bandelettes agglutinatives, dont les extrémités croisent les bords de la solution de continuité, et les attirent l'un vers l'autre. Telle est précisément la méthode de traiter les ulcères, qui est la plus généralement suivie en Angleterre. Je n'en parle point encore pour faire connoître ses avantages ou ses inconvéniens, ni pour dire jusqu'à quel point elle mérite d'être préférée à la nôtre ; je ne l'indique ici que comme étant une des sources de la sim-

plicité des pansemens dans la chirurgie angloise. Le résultat est évident.

Ils manquent de plusieurs des objets dont nous avons composé le matériel de nos pansemens.

Les chirurgiens anglois manquent presque absolument des différens objets dont nous avons composé le matériel de nos pansemens, ou, s'ils n'en manquent pas absolument, il leur est plus difficile qu'à nous de se les procurer. Comment avoir abondamment de la charpie dans un pays où il se fait une si petite consommation de toile de fil? Cependant notre charpie, convenablement préparée, est, sans aucun doute, la substance étrangère la moins ennemie des plaies: c'est avec elle qu'il convient le mieux de couvrir et de défendre contre l'injure des autres corps extérieurs les plaies, ou récentes, ou déjà anciennes et en suppuration, dont on ne peut pas opérer la réunion immédiate. Cette charpie ne fait, sur la surface des plaies, qu'une impression légère; et comme il est ordinaire de l'y appliquer mollement et à l'état lanugineux, elle se pénètre facilement de la sérosité sanguinolente qui suinte de la surface d'une plaie récente, ou de la matière que fournit une plaie déjà en suppuration. On la remplace, en Angleterre, par des morceaux de toile de lin préparée pour cet usage, à peu près comme l'est le tissu de coton que nous nommons futaine. C'est le côté garni d'une sorte de duvet qu'on met en contact avec la surface des plaies. Cette

Ce qui leur tient lieu de charpie.

toile-charpie, moins convenable que la charpie proprement dite pour les pansemens à sec, est tout aussi commode, au contraire, que cette dernière pour l'application d'emplâtres, d'onguens. Les chirurgiens anglois la consacrent aussi, en effet, à cet usage; mais ils étendent leurs cataplasmes sur des paquets d'étoupes. L'étoupe est aussi employée par eux en place de notre charpie, pour remplir l'excavation de plaies profondes, préalablement couvertes d'une pièce de leur toile-charpie.

La même raison qui fait qu'ils n'emploient point notre charpie pour les pansemens, fait aussi que les compresses entrent à peine dans la composition de leurs appareils. Cependant il n'en est pas des compresses comme de la charpie : celle-ci ne peut être faite qu'avec du linge, c'est-à-dire de la toile proprement dite; des tissus de coton, qui sont si communs et à si bas prix en Angleterre, seroient, au contraire, une matière de compresses tout aussi bonne que la toile. Nos bandes de toile sont remplacées par des bandes de flanelle, et ces bandes ne sont guère employées par les chirurgiens anglois que comme moyen de compression. Du moins il s'en faut de beaucoup qu'ils en fassent un usage aussi général que celui que nous faisons de nos bandes de toile dans l'application des appareils simplement contentifs ou

Bandes de flanelle substituées à nos bandes de toile.

défensifs : elles sont réservées pour les cas d'une absolue nécessité. Toutes les fois que des bandelettes d'emplâtre agglutinatif peuvent suffire pour maintenir sur une plaie, sur un ulcère, la toile-charpie ou telle autre substance appliquée immédiatement sur leur surface, les chirurgiens anglois n'emploient pas d'autre moyen contentif ; et comme, d'un autre côté, ils font la réunion immédiate de presque toutes les plaies, réunion pour laquelle des bandelettes agglutinatives sont toujours employées, ou seules, ou conjointement avec la suture, on se fait difficilement une idée de la quantité de sparadrap adhésif que consomment les chirurgiens anglois. J'ai remarqué qu'il est préparé avec le plus grand soin.

Abondant usage des emplâtres adhésifs.

Voilà les seules particularités essentielles à connoître pour ce qui concerne le matériel des pansemens dans la chirurgie angloise. Dans les pansemens eux-mêmes, les Anglois sont plus soigneux que nous ne le sommes de mettre complétement à sec les plaies, les ulcères, d'en enlever, soit par des injections, soit par des lotions répétées, et d'ailleurs très-simples, tout le produit de la suppuration, et aussi de nettoyer parfaitement les parties circonvoisines, de les débarrasser des impuretés dont elles se couvrent dans les intervalles des pansemens. Pour être exact, j'aurois dû dire seulement qu'ils tiennent

Les chirurgiens anglois très-soigneux de mondifier les plaies, les ulcères, à chaque pansement, par des lotions, des ablutions avec de l'eau simple.

plus que nous à ces soins de propreté dans les pansemens des plaies, des ulcères. En m'exprimant ainsi, j'eusse fait entendre que cette attention d'éponger, de laver la surface des plaies, des ulcères, de nettoyer les parties circonvoisines, attention que les chirurgiens anglois portent jusqu'à la minutie, n'est pas d'une aussi grande utilité qu'il peut le paroître au premier abord. Notre manière de panser les plaies, les ulcères, ou plutôt la nature des choses que nous employons pour les pansemens, la rend moins nécessaire encore. En effet, la charpie dont nous couvrons ordinairement les parties en suppuration absorbe la plus grande partie du pus, et n'en laisse sejourner que très-peu sur les surfaces mêmes qui l'ont produit. Nos appareils défensifs, en leur faisant éprouver de légères modifications, sont, dans beaucoup de cas, un moyen aussi simple qu'efficace de prévenir la stagnation, le croupissement du pus dans des clapiers : et soit qu'on sache mieux de nos jours diriger la compression expulsive dans le traitement des grands abcès, des plaies profondes, des ulcères sinueux; soit qu'on en vienne plus souvent à des contre-ouvertures pour préparer au pus des issues faciles, nous employons beaucoup moins qu'on ne le faisoit autrefois, des injections délayantes, détersives, stimulantes. C'est avec de la charpie que nous absorbons la quan-

tité surabondante de pus qui séjourne à la surface d'une plaie, après qu'on a enlevé l'appareil dont cette plaie étoit couverte : c'est avec du linge que nous essuyons les parties circonvoisines. Ainsi nous nous contentons d'absterger mollement la surface des plaies, des ulcères ; nous en essuyons seulement les contours, parce que nous avons abondamment de la charpie et des linges : il se pourroit que le manque de ces deux choses, ou l'obligation d'en user avec économie, eût conduit les chirurgiens anglois à la coutume du lavage des plaies.

Raison probable de cet usage.

Que dirai-je maintenant de leur manière générale d'opérer? Remarquez bien que je ne veux pas encore examiner en quoi leurs méthodes et leurs procédés diffèrent des nôtres pour chacune des principales opérations de la chirurgie, en particulier. Par ces mots, manière d'opérer, qui rendent mal, je le sens, ce que je veux exprimer, je n'entends pas seulement indiquer ce qui a rapport à l'exécution même d'une opération quelconque, j'entends la conduite du chirurgien dans tout ce qui a trait à une opération, dans tout ce qui s'y rapporte en-deçà et au-delà de l'instant où elle est exécutée, dans tout ce qui doit la précéder et la suivre, à partir du moment où la nécessité en est reconnue, ou plutôt y compris même le jugement sur lequel l'indication en est établie.

Manière générale d'opérer des chirurgiens anglois.

Relativement à cette dernière chose, qui, bien plus que l'habileté si facile à acquérir dans la pratique même des opérations, décèle l'excellence du chirurgien, j'avois entendu accuser les praticiens anglois de se décider assez légèrement aux opérations, et de montrer peu de confiance dans les autres ressources de l'art et dans celles de la nature. Ce reproche est mal fondé : du moins puis-je assurer n'avoir rien vu, pendant mon séjour à Londres, qui pût lui servir de prétexte : des opérations, en très-grand nombre, que j'ai vu faire par divers chirurgiens, il n'y en avoit aucune qui ne fût parfaitement indiquée. Si donc j'en juge d'après ce qu'il m'a été possible d'observer, les Anglois n'ont pas sous ce rapport une chirurgie plus active que la nôtre : on pourroit plutôt dire qu'ils sont plus hardis, plus entreprenans, plus que nous amis des nouveautés, des tentatives extraordinaires. Ce seroit presque dire qu'ils ont plus que nous le vrai génie chirurgical, si un plus grand nombre de découvertes et d'inventions de la chirurgie angloise avoient reçu la sanction du temps et de l'expérience. Mais combien n'en pourroit-on pas citer de ces inventions, qui, plus extraordinaires que vraiment utiles, n'ont contribué en rien aux progrès de l'art, et sont oubliées même des chirurgiens de la nation où elles ont pris naissance ! C'est en

Ils m'ont paru ne pas se décider plus légèrement que nous à entreprendre les opérations.

Ils sont peut-être plus que nous amis des tentatives extraordinaires.

France qu'elles ont été jugées le plus sévèrement; non pas parce qu'elles venoient de l'étranger, mais parce que dans la culture des arts et des sciences nous savons nous garantir de l'enthousiasme, et nous tenir en garde contre les inventions bizarres, contre les faux systèmes et les doctrines erronées.

Une opération étant indiquée, et le malade ayant pris la résolution de s'y soumettre, notre usage assez constant est de l'y préparer quelques jours ou même plus long-temps à l'avance, tantôt seulement par une diète plus ou moins sévère, quelquefois par des remèdes généraux appropriés à son état actuel, au caractère de l'opération qui doit lui être faite, à la nature des accidens qu'elle laisse le plus à redouter; préparations dont le but est d'éloigner les prédispositions qui pourroient exister au développement de ces accidens, et de mettre le malade dans les conditions les plus favorables au succès de l'opération. Bien entendu qu'un tel soin n'est pris que pour les opérations qui comportent quelque délai, et, parmi ces opérations, pour celles qui portent un caractère grave. Les chirurgiens anglois attachent, au contraire, peu d'importance à ces préparations, et s'en abstiennent dans un très-grand nombre de cas où nous y aurions recours.

Ils s'abstiennent le plus ordinairement de préparer les malades.

Un soin auquel ne manquent guère les pra-

ticiens François relativement aux malades qui entrent dans les hôpitaux exprès pour y subir quelque opération grave, c'est, lorsque cette opération n'est point urgente, et alors même que des malades ne doivent pas y être préparés d'une manière particulière, de ne la leur pratiquer que quelques jours après leur entrée à l'hôpital. Nous voulons qu'ils se familiarisent avec l'idée de leur séjour dans ces asiles de l'infortune et du malheur, qu'ils s'habituent à l'air qu'on y respire, et s'y acclimatent, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Ce soin est communément négligé dans les hôpitaux de Londres. On se rappelle que les chirurgiens, comme les médecins, n'y font leurs visites que deux fois la semaine : l'un de ces deux jours de chaque semaine où le service est dirigé par eux, est en même temps consacré par les chirurgiens aux opérations. C'est ce jour-là que sont faites toutes les opérations pour l'exécution desquelles le choix du moment est à la volonté du chirurgien ; et fort souvent elles le sont sur des malades entrés à l'hôpital la veille ou l'avant-veille seulement. On pourroit, je le sens, alléguer quelques raisons en faveur de cet usage ; on pourroit trouver quelque chose à dire contre celui dans lequel sont la plupart des chirurgiens françois, de laisser s'écouler un temps plus long entre le moment où un malade est admis dans

Ne laissent point assez s'habituer à l'air des hôpitaux ceux qui doivent subir des opérations qui ne sont point urgentes.

un hôpital pour y subir une opération, et celui où cette opération doit lui être pratiquée, lorsqu'elle n'est pas urgente; comme aussi on pourroit nier qu'il soit avantageux de soumettre à des préparations particulières les individus qui doivent subir des opérations graves, et trouver même à ces préparations des inconvéniens. Ce seroit embrasser et défendre la doctrine de Pouteau. Mais Pouteau, dans cette doctrine, comme dans plusieurs de ses vues sur d'autres matières chirurgicales, a montré plus d'imagination que de jugement, et un esprit brillant et fécond en paradoxes plutôt qu'habile à profiter des résultats de l'expérience.

Ces négligences rappellent la doctrine plus spécieuse que solide de Pouteau.

Quant à l'exécution même de toute opération indistinctement, à l'esprit qu'on y apporte, ou à ce qu'on peut appeler la manière même d'opérer, en général, celle de la plupart des chirurgiens anglois, du moins de ceux que j'ai vus, diffère aussi, à quelques égards, de la nôtre. Avant d'indiquer les principaux traits de l'une et de l'autre, je dois faire observer qu'il s'agit, pour les chirurgiens anglois comme pour nous, d'une manière de faire, non pas la même chez tous, mais commune seulement au plus grand nombre; de même que j'ai retrouvé à peu près la manière d'opérer des chirurgiens françois chez quelques chirurgiens anglois, de même un Anglois pourroit remarquer que celle de quelques

chirurgiens françois se rapproche de la manière angloise.

En France, nous sommes attentifs à ne rendre le malade qui va subir une opération grave, témoin d'aucun des préparatifs qu'exige cette opération. Nous en hâtons autant que possible les apprêts immédiats, pour ne pas prolonger inutilement l'inquiétude, l'agitation morale que cause toujours l'attente d'une opération, et quelquefois même de l'opération la plus légère. Ces précautions sont négligées par les chirurgiens anglois, du moins par la plupart de ceux que j'ai vus opérer. Ils les négligent même dans la pratique particulière, où l'on a communément affaire, plus que dans les hôpitaux, à des individus pusillanimes, faciles à émouvoir, et dont il est si important de ménager l'extrême susceptibilité. Ce fut dans la chambre même où se trouvoit le malade, sous ses yeux conséquemment, que furent disposés la table et tous les instrumens nécessaires pour une opération de la taille, que je vis faire dans Londres, pendant mon séjour dans cette capitale, par l'un des hommes qui y tiennent en ce moment le sceptre de la chirurgie, et à laquelle j'avois été invité d'assister.

Dans l'exécution même d'une opération, les chirurgiens anglois m'ont paru ne pas être aussi soigneux que nous le sommes, d'éloigner du malade tout ce qui pourroit ajouter à l'inquiétude qu'il éprouve.

Un chirurgien françois, dans une opération de cette nature, ne dédaigne pas de partager avec les aides qui le secondent le soin d'assu-

jétir le malade dans l'attitude où il doit être pour cette opération. S'agit-il d'une amputation ou de toute autre opération à pratiquer sur un membre, et pour laquelle il croit devoir suspendre le cours du sang, au moyen d'une pelote, du garrot, ou du tourniquet, on le voit ne confier à un aide la surveillance de l'un de ces moyens de compression des grosses artères, qu'après en avoir fait lui-même l'application. Et je suppose qu'une opération qui vient d'être faite, laisse une plaie qu'il faille couvrir d'un appareil quelconque, c'est nous mêmes encore qui nous chargeons du soin d'appliquer cet appareil ; et pour cela, comme pour d'autres choses moins importantes encore, nos soins, notre sollicitude s'étendent au-delà du moment où une opération est terminée. Pour toutes ces choses et pour d'autres, qui, bien qu'accessoires ou secondaires dans les opérations, ne peuvent cependant être trop bien et trop promptement exécutées, j'ai vu presque tous les chirurgiens anglois s'en rapporter à des aides, à des subalternes.

Dans le cours même d'une opération, nous montrons le désir de ne pas prolonger sans nécessité les souffrances du malade ; nous tâchons de ne consacrer à cette opération que le temps strictement nécessaire pour son exécution. Je veux que, sous ce rapport, plus que sous tout

autre peut-être, il y ait beaucoup de différence entre divers chirurgiens également exercés, et que chacun se fasse une manière qui lui est tellement propre, qu'à peine peut-on saisir quelques traits communs à plusieurs. On peut dire néanmoins qu'en général nous faisons tout dans les opérations pour arriver promptement au but : nous procédons avec la célérité que comportent, et le caractère propre de chaque opération, et les circonstances particulières, si souvent imprévues, que la même opération peut présenter dans différens cas. Ajouterai-je que tout en conservant le sang-froid et l'impassibilité sans lesquels il n'est pas d'habile opérateur, nous savons ne faire entendre au malheureux actuellement en proie à la douleur, que des paroles consolantes, soit qu'il faille l'exciter à laisser échapper des plaintes, des cris qu'il fait effort pour retenir, soit qu'il faille au contraire exciter son courage, et l'engager à modérer l'expression de sa douleur ? Non, ce seroit supposer qu'il peut en être autrement, et qu'il est des hommes capables d'ajouter à ce que l'exercice de notre profession a de cruel, et à l'effroi qu'il inspire par la dureté de leurs manières, et d'avoir auprès du malheureux qui subit actuellement une opération douloureuse, un langage autre que celui d'une âme compatissante. Peut-être aussi donnerois-je à penser

que les chirurgiens anglois m'ont laissé prendre d'eux une opinion désavantageuse sous ce rapport, ce qui n'est pas; et paroîtrois-je leur adresser d'avance, et indirectement, un reproche qu'assurément ils ne méritent pas. S'il est quelque chose de remarquable dans leur manière d'être, c'est plutôt un excès d'impassibilité; c'est envers le malheureux qui auroit besoin de consolation, un absolu silence, une froideur que, chez l'un de nous, on prendroit pour une dureté d'âme ou de caractère. A ce trait, s'en joint un autre qui n'en est peut-être qu'une conséquence; c'est l'extrême lenteur avec laquelle la plupart des chirurgiens anglois procèdent à une opération. Cette manière n'appartient pas à tous absolument; mais elle est remarquable chez le plus grand nombre: et chez quelques-uns surtout, parmi ceux même dont le talent ne peut pas être mis en doute, ce trait dans la manière d'opérer est porté au dernier point. La veille du jour où je quittai Londres, je vis faire, dans l'un des hôpitaux, une amputation circulaire de la jambe. Si j'avois eu à juger seulement l'aspect de la plaie, l'amputation étant faite, sans avoir assisté à l'opération elle-même, j'aurois donné les plus grands éloges au chirurgien qui venoit de la pratiquer. La section de la peau étoit parfaitement régulière : on avoit conservé de la peau

Ils sont impassibles à l'excès, et presque tous opèrent avec trop de lenteur.

elle-même tout ce qui étoit nécessaire pour pouvoir réunir immédiatement les deux moitiés de son bord circulaire : tous les muscles du membre n'étoient pas moins nettement divisés, et ceux de la région postérieure dépassoient les portions restantes du tibia et du péroné, autant qu'il est possible que cela soit dans l'amputation circulaire de la jambe : les deux os avoient été sciés sur une ligne parfaitement transversale, et leur coupe ne présentoit pas la plus petite inégalité : en un mot, l'amputation dont cette plaie résultoit, n'avoit pu être que l'œuvre d'un chirurgien exercé. Mais j'avois été témoin de l'opération, et près de vingt minutes avoient été employées à la seule séparation du membre, dont rien cependant n'avoit entravé l'exécution, et dont l'opérateur auroit pu faire succéder rapidement les manœuvres les unes aux autres. C'est un temps triple, quadruple même de celui qui est rigoureusement nécessaire pour terminer tout aussi bien cette partie de l'amputation d'un membre.

Tels sont les traits les plus remarquables de la manière d'opérer des chirurgiens anglois, et de la nôtre. Différant autant l'une de l'autre sous plusieurs rapports, il ne se peut pas qu'elles soient également bonnes. Je laisse à penser si l'avantage nous appartient, ou si les Anglois sont en droit de le réclamer.

Toutefois, j'en ai assez dit sur ce que la chirurgie angloise a de particulier et de plus remarquable dans les pansemens et les opérations considérées en général : il est temps d'en faire connoître l'état actuel relativement à chacun des principaux objets qu'embrassent la théorie et la pratique de l'art. Je commence par les maladies à peu près communes aux différentes régions du corps, et par les opérations qu'on pratique aussi à peu près indifféremment sur toutes ces régions.

Plaies. Remarques préliminaires.

Les plaies se rangent dans cette série : elles y occupent même le premier rang, à raison de leur fréquence. Indépendamment de leur propre caractère, les plaies, et par plaies j'entends toutes les solutions de continuité récentes de nos parties; les plaies, dis-je, sont remarquables, en ce qu'elles succèdent aux opérations chirurgicales aussi souvent ou plus souvent même qu'à l'action imprévue des corps vulnérans. Une chose qu'il n'est pas moins intéressant de faire observer, c'est que, dans nos opérations, nous produisons, nous imitons, s'il est possible de s'exprimer ainsi, presque tous les genres de plaies accidentelles : ici, ce sont de simples piqûres, de simples perforations, des plaies semblables à celles qui pourroient être faites par des instrumens piquans;

là, des entamures plus ou moins étendues, plus ou moins profondes, avec ou sans lambeaux; dans d'autres cas, des plaies avec perte de substance : seulement nous ne faisons pas à dessein des plaies contuses, mais quelquefois des plaies par arrachement. Il faut pourtant remarquer que les plaies qui succèdent aux opérations, autres que celles, d'ailleurs en très-petit nombre, qui sont faites par arrachement, sont toujours plus nettes, plus régulières que celles qui dépendent de l'action accidentelle des corps extérieurs. Il n'y a pas jusqu'aux plaies compliquées de la présence d'un principe délétère que nous ne produisions; c'est le caractère que présentent les plaies que nous faisons pour l'insertion ou l'inoculation de certains virus. Enfin, nous ne faisons jamais à dessein des plaies par armes à feu; mais quand, dans certaines opérations chirurgicales, il faut appliquer le cautère actuel sur des os mis à découvert, sur des parties molles qui viennent d'être divisées, les plaies qui en résultent ont avec les plaies par armes à feu ces traits d'analogie, que, comme celles-ci, elles sont compliquées de la présence d'une escarre plus ou moins étendue en surface, et d'une épaisseur plus ou moins considérable, qu'elles ne sont pas disposées à la réunion par première intention, qu'une inflammation considérable doit se déve-

lopper dans les parties voisines, et que ces plaies doivent devenir le siége d'une suppuration abondante.

Ainsi donc les plaies qui résultent de nos opérations peuvent présenter presque toutes les formes, presque toutes les manières d'être dont sont susceptibles les plaies accidentelles. Et quelle différence y a-t-il entre les plaies de l'une et l'autre origine, sous le rapport de la nature des parties de notre organisation dont elles changent l'état naturel? Presque aucune. N'intéressons-nous pas surtout, dans nos opérations, ces organes qui existent dans presque toutes les régions du corps, et qu'en anatomie on nomme des tissus ou des systèmes d'organes? Une seule plaie, celle qui résulte de l'amputation d'un membre, nous les offre presque tous divisés; la peau, le tissu cellulaire, des aponévroses, des muscles, des tendons, des vaisseaux sanguins artériels et veineux, des vaisseaux lymphatiques, des nerfs; puis des parties articulaires, c'est-à-dire des ligamens, des membranes synoviales, des cartilages, si l'amputation a été faite dans une articulation; ou bien le périoste, le tissu osseux, l'organe médullaire, si l'amputation a été pratiquée dans la continuité d'un membre. Les mêmes parties sont intéressées, seulement en moins grand nombre, dans chacune des autres opérations sanglantes de la chi-

rurgie : il est même à remarquer que quelques-unes de ces opérations sont telles, qu'on se propose spécialement d'agir sur l'un de ces organes en particulier. Et par rapport aux organes spéciaux, c'est-à-dire à ceux qui occupent telle ou telle région du corps exclusivement, et à quelques-uns desquels sont confiées les fonctions les plus importantes de la vie, combien peu en est-il également que nous respections ! combien peu en est-il qui, accessibles aux corps vulnérans, ne puissent pas et ne doivent pas être atteints par nos instrumens dans quelqu'une des opérations que la chirurgie pratique ! Cela est remarquable surtout pour les organes contenus dans l'abdomen.

On entrevoit, j'imagine, la conséquence de ce qui vient d'être dit, et le but même de ce rapprochement des plaies qui sont le résultat des opérations chirurgicales et des plaies accidentelles. Étant les mêmes dans leur nature, quoique différentes dans la manière dont elles sont produites, les plaies de l'une et de l'autre origine doivent présenter les mêmes indications curatives ; et, en effet, la thérapeutique des unes et des autres est soumise à peu près aux mêmes règles. Il y a pourtant une chose à observer à cet égard. Les plaies accidentelles offrent plus de variétés que n'en présentent les plaies qui succèdent aux opérations : cha-

cune de ces dernières plaies est plus constamment la même, parce que chacune des principales opérations de la chirurgie est assujétie à des règles dont il n'est guère possible de s'écarter; ou parce que, dans les opérations qui ne sont point soumises à un mode unique d'exécution, il dépend du chirurgien de donner à la plaie qui doit résulter de cette opération telle forme plutôt que telle autre, et la forme la plus convenable pour le mode de traitement qu'il a résolu d'avance de suivre. On conçoit, d'après cela, que dans les plaies qui succèdent aux opérations, les règles du traitement peuvent être établies sur des données plus positives, et tracées avec plus de précision que dans les plaies acciden telles. Qu'on suppose chez deux individus différens deux plaies occupant la même région du corps, ayant les mêmes dimensions, se montrant à peu près sous les mêmes apparences, mais l'une étant le résultat d'une cause accidentelle, et l'autre ayant succédé à une opération méthodique, il est plus facile pour celle-ci que pour la première, de déterminer la conduite à tenir, de faire un choix motivé entre les différentes méthodes de traitement des plaies récentes, et de déterminer, par exemple, s'il convient mieux d'en tenter la réunion immédiate, ou par première intention, ou de l'abandonner au travail lent de la cicatrisation.

Cela étant, je veux surtout considérer la doctrine et la pratique des chirurgiens anglois dans le traitement des plaies qui succèdent aux opérations, et à quelques-unes plus particulièrement : encore m'arrêterai-je à un trait principal ; c'est leur prévention en faveur de la réunion immédiate de ces plaies, de celles même qui sont le plus étendues. On ne s'attend pas sans doute à ce que j'entreprenne d'examiner leur pratique, et de la comparer avec la nôtre en tout ce qui concerne la thérapeutique des plaies : un tel sujet m'entraîneroit beaucoup au-delà des limites dans lesquelles j'ai résolu de circonscrire mon travail ; car la thérapeutique des plaies embrasse d'immenses détails, et son exposition complète forme incontestablement l'une des matières chirurgicales les plus étendues. D'ailleurs, j'ai résolu de parler de l'état présent de la chirurgie en Angleterre, plutôt d'après ce que j'ai pu observer, que d'après ce que pourroit apprendre la méditation des ouvrages, et des meilleurs ouvrages même publiés par les chirurgiens de cette nation ; et en entreprenant, pour ce qui a rapport aux plaies, plus que ce que j'ai décidé de faire, je serois trop souvent réduit à puiser dans cette dernière source.

La méthode de réunir les plaies par première intention est connue et pratiquée depuis l'en-

fance de l'art ; mais il s'en falloit beaucoup qu'elle fût autrefois aussi généralement employée, même en Angleterre, qu'elle l'est maintenant. John Hunter et Benjamin Bell, en l'appliquant à beaucoup de cas pour lesquels on ne la croyoit pas admissible, ont singulièrement fortifié la prévention déjà très-grande des chirurgiens anglois en faveur de cette méthode ; et depuis eux, cette prévention en faveur de la réunion immédiate des plaies est devenue, parmi les chirurgiens anglois, aussi grande et aussi générale qu'elle puisse être. C'est une des particularités les plus remarquables, c'est un des traits les plus saillans de la pratique chirurgicale des Anglois. Est-ce seulement la conviction dans laquelle sont les praticiens anglois des grands avantages de cette méthode, qui fait qu'elle est adoptée si généralement? Une telle unanimité dans la manière de voir et de faire, sur l'une de ces choses qui, par leur nature, se prêtent à une divergence d'opinions, doit avoir une cause particulière. Peut-être tient-elle, en grande partie, à ce que les chirurgiens anglois n'ont pas, comme nous, ou du moins n'ont pas en profusion les choses nécessaires pour les pansemens journaliers des grandes plaies en suppuration. Si je ne me trompe pas, ils sont simples et économes par nécessité.

Quoi qu'il en soit de cette conjecture, et pour ne parler que du fait lui-même, la méthode de réunir par première intention les plaies, les grandes plaies, particulièrement celles qui succèdent aux opérations, est donc beaucoup plus généralement suivie en Angleterre qu'en France. Nous ne l'employons pas aussi souvent que nous pourrions le faire; peut-être pourroit-on dire que nous en usons avec une trop sévère économie : mais il est plus certain que les chirurgiens anglois la prodiguent. Pour eux, elle n'est presque jamais contre-indiquée; ils n'y renoncent que lorsqu'elle est rendue impraticable par la seule étendue trop considérable d'une plaie, et l'impossibilité d'en rapprocher les bords. Sans doute cette méthode de traitement des plaies, quand elle est praticable, est la source de grands avantages : par elle, on transforme en une plaie d'apparence linéaire une plaie très-étendue en surface, et quelquefois assez profonde : on met toutes en contact avec elles-mêmes les parties qui ont été divisées : on évite qu'elles soient irritées par la présence de corps étrangers : les pansemens qui doivent se succéder jusqu'à l'entière consolidation de ces parties, sont aussi simples et aussi peu douloureux qu'ils sont compliqués, et qu'ils peuvent être fatigans pour le malade, quand une plaie un peu étendue a été pansée de manière à ce qu'une suppuration

La réunion immédiate prodiguée par les chirurgiens anglois.

plus ou moins abondante s'y établisse, et à ce qu'elle ne guérisse que lentement par cicatrisation : par cela même que dans une plaie qui a été réunie par première intention, l'irritation consécutive est moins vive, l'inflammation est moins considérable : s'il n'est pas possible de prévenir entièrement la suppuration, elle est du moins peu abondante : les accidens locaux et généraux dépendans de l'inflammation, du travail préparatoire à la suppuration, ou de la suppuration elle-même, doivent être moins intenses, et le sont moins en effet. On diminue donc jusqu'à un certain point le danger d'une plaie, en la réunissant par première intention : et, ce qui est moins douteux encore, elle guérit plus promptement, et sa guérison laisse des traces plus régulières, moins difformes que si une cicatrice avoit dû se faire, et s'étoit formée lentement de la circonférence au centre.

Mais il n'est pas de chose si bonne en soi qui n'ait son côté désavantageux, ou dont on ne puisse faire excès. Cela est vrai, en particulier, de cette réunion immédiate des plaies. Il y a moins d'inconvéniens à ne pas l'employer dans des cas où elle conviendroit très-bien, qu'à en faire une méthode presque exclusive de traitement des plaies. En prenant le premier parti, on se prive seulement de quelques avantages ; le second, au contraire, expose dans quelques circonstances

à des risques plus ou moins grands. Je soutiens que c'est abuser de la réunion immédiate, que de l'employer indistinctement dans tous les cas où elle est praticable. Elle est évidemment contre-indiquée dans beaucoup de plaies, et pour des plaies même qui succèdent aux opérations : ou plutôt, parmi ces plaies, qui cependant, à raison de la manière dont elles sont faites, et du soin qu'on peut prendre de leur donner telle forme plutôt que telle autre, se prêtent à la réunion immédiate bien plus que celles qui sont accidentelles ; parmi ces plaies, dis-je, il en est, et en assez grand nombre, pour lesquelles il faut renoncer à cette méthode de traitement, parce que les avantages n'en sont point assez assurés, parce qu'elle pourroit être la source de quelques inconvéniens. Quelques cas, en particulier, vont me servir à démontrer que, relativement à cette réunion immédiate des plaies, notre pratique est plus raisonnée que celle des chirurgiens anglois. Je les choisis parmi ceux qui se présentent chaque jour.

Il est peu d'opérations qu'on pratique plus souvent en chirurgie, que la castration, ou l'ablation de l'un des testicules. Autant que l'état des tégumens du scrotum le permet, on la fait par extirpation simplement, c'est-à-dire au moyen d'une seule incision longitudinale pratiquée à la peau qui recouvre la tumeur, depuis

l'anneau jusqu'à la partie la plus déclive du scrotum : il est assez rare que le volume extraordinaire de la tumeur, ou quelque autre circonstance de la maladie, comme un état d'ulcération des tégumens du scrotum, mette dans l'absolue nécessité d'enlever avec la tumeur une partie de ces tégumens, et de faire ainsi une plaie avec perte de substance. Dans tous les cas, nous faisons le premier pansement de la plaie en la remplissant de charpie ; la suppuration s'y établit, et nous laissons cette plaie guérir par le rapprochement lent de ses bords. Les chirurgiens anglois ne manquent pas, au contraire, d'avoir ici recours à la réunion immédiate.

On ne voit pas, au premier abord, quelles raisons peuvent détourner de cette pratique : elle paroît d'autant mieux convenir ici qu'il s'agit d'une plaie très-régulière, et presque toujours sans perte de substance ; mais voici ce que l'expérience apprend à cet égard. Comme, d'après la manière la plus ordinaire de pratiquer la castration, on conserve les tégumens du scrotum, il résulte de l'opération une plaie assez profonde, dont on ne peut que très-difficilement mettre en contact immédiat les deux moitiés dans tous les points de leur étendue : les bords surtout, très-lâches et sans soutien, se prêtent difficilement à une coaptation exacte au moyen des

seuls emplâtres agglutinatifs. On applaniroit peut-être les difficultés sous ce rapport, en pratiquant dans tous les cas l'opération par amputation, c'est-à-dire en faisant toujours une perte de substance à la peau du scrotum ; ce qui ne rendroit l'opération, ni plus difficile, ni plus douloureuse, ni d'un succès plus douteux : il faudroit aussi, pour la réunion même, substituer quelques points de suture simple aux emplâtres adhésifs. C'est précisément ce que croient devoir faire les chirurgiens anglois : c'est du moins ce que j'ai vu faire pendant mon séjour à Londres, à l'un de ceux dont j'ai le plus vanté jusqu'à présent l'habileté et le savoir, et dans un cas où le sarcocèle n'avoit pas un volume extraordinaire. Il auroit bien suffi de pratiquer une incision longitudinale au scrotum, si l'on n'avoit pas eu l'intention de faire la réunion immédiate de la plaie : l'opérateur fit, au contraire, l'ablation d'une grande partie des tégumens qui recouvroient la tumeur, et ensuite la suture de la plaie. Soit que dans ce cas en particulier les fils des points de suture fussent trop serrés, soit qu'en général la suture faite au scrotum, et pour une plaie un peu étendue, telle que celle qui succède à la castration, détermine plus qu'ailleurs une violente irritation, à cause de la sensibilité exquise des parties sur lesquelles elle est pratiquée, cette réu-

nion n'eut pas de succès : il survint un gonflement inflammatoire considérable; les bords de la plaie furent coupés en plusieurs points par les fils des ligatures, et la guérison de cette plaie a dû se faire attendre bien plus long-temps que si l'on n'avoit pas tenté la réunion immédiate.

Dans l'opération du sarcocèle, beaucoup de petits vaisseaux dont on ne peut pas faire la ligature, ont été divisés au milieu du tissu cellulaire du scrotum; pour peu que du sang s'en échappe, il s'infiltre avec une grande facilité dans ce tissu cellulaire lâche, et presque entièrement dépourvue de graisse. On ne peut se prémunir contre l'hémorrhagie et la formation d'une sorte d'hématocèle, qu'en tamponnant mollement l'intérieur de la plaie, et en soutenant le premier appareil par un bandage légèrement compressif. Mais une telle précaution est incompatible avec la réunion immédiate de la plaie.

Au risque de voir survenir dans quelques cas l'accident dont je viens de parler, accident qui ne peut jamais être funeste, on pourroit, et l'on devroit même tenter la réunion immédiate de la plaie qui succède à l'opération du sarcocèle, si l'on avoit lieu d'en espérer une plus prompte guérison. Mais cette plaie ne guérit tou-

jours qu'après un même laps de temps, soit qu'on en ait fait ou qu'on n'en ait pas fait la réunion immédiate. L'expérience est décisive à cet égard. Plusieurs fois, ayant pratiqué la castration pour des sarcocèles d'un petit volume, et sur des sujets jeunes chez lesquels la peau du scrotum jouissant de toute son irritabilité, la plaie se resserroit promptement, et diminuoit beaucoup d'étendue, j'ai profité de ces circonstances favorables pour en mettre les bords en contact immédiat, et la réunir par première intention. J'ai été assez heureux pour voir très-rarement une hémorrhagie contrarier mes projets; il m'a paru que le gonflement inflammatoire du scrotum étoit un peu moins considérable qu'il ne l'est lorsque la plaie n'est pas réunie : malgré cela, je n'ai jamais vu cette plaie guérir sans suppuration : toujours celle-ci s'y est établie, et j'aurois peine à citer un cas où la guérison ait été plus prompte que si la plaie n'avoit pas été réunie. Ce n'est pas l'étendue trop considérable de la plaie qui met obstacle à la guérison par première intention ou sans suppuration; ce n'est pas non plus la trop grande diversité de structure des parties divisées, puisque cette plaie n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire du scrotum : c'est la disposition très-grande de ce tissu cellulaire à suppurer, sans doute à cause de sa laxité, et peut-être aussi du

nombre considérable de vaisseaux et de nerfs dont il est pénétré.

Ainsi donc nous ne sommes pas partisans de la réunion immédiate de la plaie après l'opération du sarcocèle, parce qu'à moins d'enlever dans tous les cas, avec la tumeur, une partie assez étendue des tégumens du scrotum, et de choisir ensuite la suture comme moyen de réunion, il est difficile d'établir entre les lèvres de la plaie une exacte coaptation; parce qu'ici plus qu'ailleurs cette réunion expose à une hémorrhagie qui, si elle survient, donne lieu à un hématocèle plus ou moins considérable; parce qu'enfin il est d'expérience que la nature met un temps à peu près aussi long à guérir la plaie quand on a fait la réunion immédiate, que lorsque cette plaie n'a pas été réunie. Ce que cette réunion pourroit avoir d'avantageux sous ce rapport, ne mérite pas d'être acheté au prix d'une assez grande difficulté dans l'application du premier appareil, et de la crainte d'une hémorrhagie consécutive.

Les chirurgiens anglois réunissent dans tous les cas la plaie qui résulte de l'opération de l'anévrisme. C'est un autre exemple de l'abus qu'on peut faire, et qu'ils font, de la réunion immédiate. On pense bien qu'il ne s'agit pas ici de l'opération de l'anévrisme par l'ouverture du sac : cette opération compte chaque jour moins

de partisans; bientôt tous les chirurgiens seront d'accord sur le très-petit nombre de cas où, sans qu'elle soit jamais d'une absolue nécessité, on peut néanmoins la préférer à l'opération par la méthode de Hunter; et supposé qu'elle ait été pratiquée, la nécessité indispensable de laisser suppurer la plaie très-étendue, très-profonde, qui en résulte, ne peut pas être, pour les chirurgiens anglois même, l'objet d'un doute raisonnable. Il s'agit seulement de l'opération de l'anévrisme par la méthode de Hunter, et aussi de l'opération par laquelle on a lié, à l'endroit même de la blessure, une artère récemment ouverte. Il résulte de l'opération, dans ces deux cas principaux, une plaie régulière et sans perte de substance, une plaie qui n'est ni très-étendue en longueur, ni très-profonde, mais que complique la présence de corps étrangers, les fils qui ont servi à faire la ligature de l'artère. Si l'on réunit une telle plaie dans le but d'en obtenir la prompte guérison, il faut n'appliquer sur l'artère que le nombre de ligatures absolument nécessaire pour y intercepter le passage du sang: l'application de ligatures d'attente pour remédier à une hémorrhagie, si elle survenoit consécutivement, est incompatible avec la réunion immédiate de la plaie; du moins seroit-il souverainement ridicule de faire coïncider ces deux choses. Mais, renoncer aux ligatures d'attente,

ou à l'usage de tout autre moyen placé d'avance pour remédier à une hémorrhagie consécutive, c'est se priver du secours le plus simple, dans le cas où cet accident surviendroit; c'est sacrifier une importante ressource au très-foible avantage de la prompte guérison de la plaie; c'est compromettre le succès de l'opération.

Réunir la plaie après la ligature d'une artère, est une chose tout au plus admissible, sans être très-convenable, lorsque l'artère n'étant pas très-considérable, on n'a pas autant à craindre une hémorrhagie consécutive. Je fis, il y a quelques mois, sur une petite fille de sept ou huit ans, et pour un anévrisme faux consécutif au pli du bras, la ligature de l'artère brachiale au-dessus de la tumeur. Cet anévrisme avoit succédé, non à une saignée malheureuse, comme on pourroit le penser, mais à une plaie accidentelle faite par un morceau de verre. L'ouverture de l'artère brachiale avoit été méconnue lors de l'accident primitif, ou plutôt on n'avoit remédié à l'hémorrhagie que par une compression trop légère, et continuée pendant trop peu de temps. Un anévrisme faux consécutif s'étant développé, la tumeur existoit depuis deux mois environ, et avoit à peu près la grosseur d'une petite noix, lorsque l'enfant me fut présenté pour la première fois.

J'essayai la compression sur la tumeur elle-même et sur tout le membre. Ce moyen fut inutilement mis en usage pendant un mois. Alors je me décidai à faire la ligature de l'artère brachiale presque immédiatement au-dessus de la tumeur. Après avoir embrassé l'artère dans deux ligatures placées près l'une de l'autre, qui toutes deux servirent à y intercepter le passage du sang, j'hésitai si je placerois des ligatures d'attente, me mettant ainsi dans la nécessité de ne pas réunir la plaie, ou si je ferois la réunion immédiate de la plaie, en renonçant à placer des ligatures d'attente. Comme l'opération étoit pratiquée sur un très-jeune sujet, chez lequel l'artère brachiale n'avoit pas un calibre considérable, il y avoit moins à craindre une hémorrhagie consécutive que chez un sujet adulte; il y avoit lieu d'espérer la prompte oblitération de l'artère : je ne plaçai pas de ligature d'attente, et je réunis la plaie par première intention. Je n'eus point à me repentir d'avoir pris ce parti : il n'y eut point d'hémorrhagie; et l'entière consolidation de la plaie suivit de très-près la chute des deux ligatures qui avoient servi à étreindre l'artère, et qui avoient agi sans l'interposition d'aucun autre corps. Je n'ai pas besoin de dire que la tumeur du pli du bras disparut. Je n'ai parlé très-succinctement de cette opération que pour mentionner un de ces cas dans lesquels,

après la ligature d'une artère, on peut, à peu près sans aucun risque, se dispenser de mettre des ligatures d'attente, et réunir la plaie, tandis que, dans d'autres, il y auroit de l'imprudence à se comporter ainsi.

C'est pareillement abuser de la réunion immédiate que de l'appliquer en toute circonstance à la plaie qui résulte de l'amputation des membres. J'entends parler de l'amputation dans la continuité des membres, et plus particulièrement encore de l'amputation circulaire. Car, d'une part, après l'amputation dans une articulation, amputation qui ne peut guère être pratiquée autrement qu'à lambeaux, la réunion immédiate de la plaie est une chose presque obligée : du moins, à l'époque présente de la chirurgie, il seroit assez peu convenable de ne pas réunir la plaie, de l'entretenir, au contraire, béante; la suppuration n'y sera encore que trop abondante après même qu'on aura eu soin de mettre en contact les lambeaux formés des chairs circonvoisines de l'articulation. D'un autre côté, il seroit tout aussi peu raisonné de ne pas faire la réunion immédiate après une amputation à lambeaux dans la continuité d'un membre : car la possibilité d'établir entre les parties divisées une coaptation plus exacte, et plus favorable à une prompte guérison de la plaie qu'après l'amputation cir-

culaire, est la raison principale à alléguer de nos jours en faveur de l'amputation à lambeaux. C'est l'avantage le plus réel que présente cette méthode; et l'on peut dire que si, par la nature de la maladie qui nécessite l'amputation dans la continuité d'un membre, ou par quelque circonstance de cette maladie, la réunion immédiate de la plaie pouvoit être contre-indiquée d'une manière absolue, l'amputation à lambeaux le seroit également. J'ajouterai qu'il suffit d'être prévenu en faveur de la réunion immédiate de la plaie après l'amputation des membres dans leur continuité, pour préférer dans beaucoup de cas l'amputation à lambeaux à l'amputation circulaire : l'une de ces deux préventions conduit à l'autre.

Mais quelle doctrine opposer ici à celle des chirurgiens anglois ? quelle pratique mettre en parallèle avec la leur ? Il n'en est pas qui soit générale parmi nous, ou qui soit seulement commune au plus grand nombre des chirurgiens françois. Loin que nous professions les mêmes principes, ou que nous ayons les mêmes vues pratiques, relativement à cette réunion immédiate de la plaie après l'amputation dans la continuité des membres; loin que nous soyons d'accord sur les cas où elle peut le mieux convenir, sur ceux, au contraire, dans lesquels elle seroit plus désavantageuse qu'utile, cette

méthode n'est pas même généralement admise en France : elle compte encore parmi nous des détracteurs. Je ne puis que renvoyer à un travail particulier que j'ai publié l'année dernière (1), travail auquel servent de base des faits pratiques en assez grand nombre. En même temps que dans ce travail je préconise la réunion immédiate de la plaie après l'amputation des membres, et que je cherche à fixer l'opinion encore incertaine de quelques praticiens sur les avantages de cette méthode, je reconnois des bornes à son utilité. Poser ces bornes, établir les règles de la réunion immédiate dans le cas particulier de l'amputation dans la continuité des membres, et surtout de l'amputation circulaire de la cuisse, sont deux choses auxquelles je me suis particulièrement attaché. De nouvelles observations n'ont fait que me confirmer dans la doctrine que ce travail renferme : mes vues n'ont un peu changé que relativement à une chose que voici. Je m'étois montré peu favorable à la réunion immédiate pour la plaie qui résulte de l'amputation de la jambe, sans prétendre néanmoins ni qu'elle dût ne jamais réussir, ni moins encore qu'elle fût impratica-

(1) Mémoire et Observations sur la réunion immédiate de la plaie après l'amputation circulaire des membres, et spécialement après l'amputation de la cuisse. 1814.

ble : je l'ai, au contraire, tentée plusieurs fois depuis quelques mois, et dans tous les cas avec succès. Ce n'est pas, à la vérité, en réunissant les deux moitiés du bord circulaire de la peau, et en appliquant celle-ci sur la surface qui résulte de la section des os et des muscles de la jambe, après l'amputation circulaire, mais en mettant en contact l'un avec l'autre deux lambeaux formés des chairs qui entourent le tibia et le péroné, conséquemment après l'amputation à lambeaux de la jambe. Plus tard, je parlerai de cette amputation de la jambe à deux lambeaux, opération dont l'idée n'est pas nouvelle, mais qui étoit tombée dans l'oubli, et qu'on peut substituer avec avantage à l'amputation circulaire de ce membre, dans les cas où la réunion immédiate de la plaie n'est pas contre-indiquée.

La réunion immédiate, ou par première intention, étant la méthode favorite des Anglois dans le traitement des plaies, ils ont dû apporter tous leurs soins à la rendre parfaite, à éloigner tout ce qui pourroit en contrarier les résultats, à réunir enfin toutes les circonstances propres à la faire réussir. Entre diverses précautions que je leur ai vu prendre, il en est une qui m'a paru très-bonne, et que j'ai adoptée pour tous les cas où je réunis par première intention une plaie à la surface de laquelle ont

été liés des vaisseaux plus ou moins considérables, et en plus ou moins grand nombre. Elle consiste à couper près du nœud qu'on a fait l'un des chefs de chaque ligature. On diminue ainsi de moitié la grosseur du faisceau de fils qui doit traverser la plaie, et se trouver interposé entre les bords, dans un point de sa longueur, et plus ordinairement vers l'un de ses angles. Cette grosseur moindre des fils qui doivent traverser la plaie, n'est pas sans quelque avantage; car les ligatures sont des corps étrangers qui, tant qu'ils restent dans la plaie, l'irritent, y déterminent et y entretiennent la suppuration. Nul doute assurément que leur présence ne soit le principal obstacle à une adhésion sans aucune suppuration, dans les cas où l'on pratique la réunion immédiate d'une plaie plus ou moins étendue; et s'il y avoit moyen qu'une plaie qu'on doit réunir par première intention ne fût pas traversée par des ligatures, le succès de cette réunion immédiate seroit encore plus assuré.

Mais, ne pourroit-on pas couper complétement près du nœud double qui étreint chaque artère, toutes les ligatures qui ont été faites à la surface d'une plaie qu'on se propose de réunir par première intention? Y auroit-il beaucoup de risque à renfermer dans la plaie des corps étrangers tels que les anses des ligatures? Une

plaie sur la surface de laquelle diverses artères auroient été liées, étant ensuite réunie exactement dans tous ses points, des corps étrangers aussi petits seroient-ils de nature à mettre obstacle à une complète agglutination? Ces corps étrangers entretiendroient-ils nécessairement une suppuration intérieure? S'il se pouvoit, au contraire, que ces corps étrangers n'irritassent pas trop fortement les parties avec lesquelles ils seroient en contact, peut-être n'empêcheroient-ils pas la réunion aussi prompte que possible de la plaie dans laquelle ils auroient été laissés; peut-être avec le temps leurs débris seroient-ils absorbés, et ces anses de ligatures disparoîtroient-elles complétement. L'expérience seule peut nous instruire à cet égard, et détruire ou confirmer nos conjectures sur ce point. Mais s'il arrivoit que de telles espérances se réalisassent, l'art auroit atteint au dernier degré de perfection, en ce qui concerne la réunion immédiate des plaies: cette méthode de traitement des plaies procureroit les avantages les plus grands qu'il soit possible d'en obtenir.

Toutefois, ce ne seroit pas sans avoir apporté à la ligature même des vaisseaux, des soins tout particuliers, sans avoir pris certaines précautions, qui ne sont pas indispensables lorsqu'on doit conserver les deux chefs, ou seulement l'un des chefs de chaque ligature, qu'il faudroit

essayer de couper près des nœuds qu'ils ont servi à former tous les fils des ligatures, dans une plaie qu'on veut ensuite réunir par première intention. Il faudroit prendre le soin de faire la ligature de chaque artère plus immédiate qu'on ne la fait ordinairement. On devroit avoir la précaution de ne pas appliquer le fil destiné à lier chaque artère trop au-dessus de l'orifice du vaisseau divisé, afin qu'il n'y ait en-deçà de chaque ligature qu'une très-petite partie de l'artère destinée à tomber en mortification. Enfin, il seroit bon, je pense, d'employer des ligatures plus petites que celles dont on fait communément usage, sans cesser pour cela de les proportionner à la grosseur de chaque artère; et pour ne pas leur faire perdre de la force nécessaire à leur action, peut-être seroit-il convenable de substituer, pour les faire, le fil de soie au fil de chanvre.

Ce projet de couper tous les fils des ligatures pratiquées à la surface d'une plaie qui doit être réunie par première intention, s'est offert depuis long-temps à mon esprit, sans que j'aie encore osé le mettre en avant. D'autres praticiens, et des praticiens habiles, l'ont conçu également, et m'ont devancé dans l'idée de le mettre à exécution; et si les avantages qu'il laisse entrevoir étoient confirmés par l'expérience, la chirurgie françoise et la chirur-

gie angloise auroient encore ici, comme elles l'ont eu déjà pour tant d'autres choses, à se disputer l'honneur d'une invention utile. Je sais, en effet, que depuis l'époque de mon voyage à Londres, M. Lawrence, jeune chirurgien attaché à l'hôpital Saint-Barthélemy, s'est décidé à couper tous les chefs des ligatures avant de faire la réunion immédiate de la plaie dans une amputation de la cuisse : j'ignore toutefois quel a été le résultat de ce premier essai, et si M. Lawrence a réitéré la même tentative. Mais auparavant, à ce qu'il paroît (c'étoit à l'époque de l'année dernière, où la pourriture d'hôpital compliqua d'une manière si fâcheuse les plaies d'armes à feu dans presque tous les hôpitaux de la France), M. Delpech eut recours au même moyen après beaucoup d'amputations qu'il pratiqua à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier. Ce fut dans l'intention de faire disparoître jusqu'à la moindre trace de la plaie, de ne la laisser, dans aucun point de son étendue, accessible au contact de l'air, et d'éloigner aussi complétement que possible tout ce qui pouvoit contribuer au développement de la pourriture d'hôpital, dans les plaies qui résultoient de l'amputation des membres. Voici comment s'exprime à cet égard M. Delpech, dans son Mémoire sur la pourriture d'hôpital : « Si nous » n'eussions pas été convaincus d'avance, dit-il,

» de l'utilité de la réunion immédiate à la suite
» des amputations, le danger de voir bientôt les
» plaies des moignons infectées de pourriture,
» nous auroit naturellement conduits à cette pra-
» tique. Néanmoins, elle ne nous a pas suffi, et
» nous avons été obligés d'y ajouter des précau-
» tions particulières. Les fils des ligatures, quoi-
» que disséminés afin de réduire l'interposition,
» et la plaie qu'elle conserve, aux moindres
» dimensions possibles, ont cependant été cause
» de l'accident que nous voulions éviter, en
» laissant subsister quelques surfaces suppu-
» rantes extérieures. La pourriture d'hôpital
» s'est emparée de ces points; et quoiqu'elle ait
» marché avec une grande lenteur, à raison de
» l'étroitesse de l'espace, elle n'en a pas moins
» fini par détruire la cicatrice récente, dénuder
» et nécroser l'os, et faire des moignons coni-
» ques, toutes les fois qu'elle a été abandonnée
» à elle-même. Pour éviter cet inconvénient,
» nous avons pris le parti de ne plus réserver
» les bouts des ligatures, et de couper les fils
» contre le nœud, afin de n'avoir plus d'inter-
» position, et de pouvoir faire une réunion
» exacte et complète. Dès-lors, n'ayant plus de
» plaie extérieure, nous n'avons plus eu de
» pourriture à la suite des amputations ». A la
manière dont s'exprime M. Delpech, on voit
que c'est dans plus d'un cas qu'il s'est décidé à

couper tous les fils des ligatures pratiquées après l'amputation d'un membre, pour pouvoir réunir la plaie plus exactement. Mais quels ont été les résultats de cette pratique nouvelle dans les différens cas où M. Delpech y a eu recours? N'y a-t-il eu aucune suppuration dans la plaie ainsi parfaitement réunie dans tous ses points? Le moignon a-t-il été consolidé plus promptement qu'il ne l'est dans les cas où l'on conserve les fils des ligatures, soit qu'on les réunisse en un seul faisceau vers l'angle le plus déclive de la plaie, soit qu'on les dissémine sur différens points de cette plaie? N'est-il rien survenu dans le moignon, n'a-t-on rien observé, soit durant le travail de la réunion de la plaie, soit consécutivement, qui tînt au séjour, à l'incarcération des anses des ligatures au milieu de cette plaie? En un mot, a-t-on obtenu de cette section de tous les fils des ligatures d'autres avantages que celui d'avoir prévenu le développement de la pourriture d'hôpital dans les plaies résultant de l'amputation des membres? C'est ce sur quoi M. Delpech ne s'explique pas.

J'ai hésité jusqu'à présent à tenter cette nouvelle pratique après l'amputation des membres; mais je l'ai employée pour d'autres plaies, à la surface desquelles je n'avois eu à lier que de très-petites artères. Trois fois déjà après l'amputation de tumeurs cancéreuses au sein, ayant

pu, tout en outre-passant les limites du mal, conserver assez de tégumens pour être à même de réunir la plaie par première intention, j'ai fait cette réunion après avoir coupé tous les fils des ligatures. Je ne puis pas dire que la guérison de la plaie en ait été beaucoup plus prompte : les ligatures qu'on applique après l'amputation ou l'extirpation des tumeurs cancéreuses du sein, sont ordinairement si petites, et alors même qu'on les conserve entre les bords de la plaie réunie par première intention, elles se séparent si promptement, qu'il est à très-peu près indifférent pour le temps nécessaire à la guérison de la plaie, qu'elles soient ou ne soient point interposées entre ses bords. Je voulois seulement éprouver quels seroient les effets du séjour de l'anse et du nœud de chaque ligature laissés au fond de la plaie, dont les bords étoient exactement réunis. Eh bien, ces anses des ligatures ne se sont point échappées ; leur premier séjour au fond de la plaie ne s'est point opposé au succès de la réunion immédiate ; et depuis la guérison apparente des malades, je n'ai point appris que la présence de ces petits corps étrangers sous la cicatrice ait été la cause de quelque incident éloigné.

Puisqu'il s'est agi un moment de la réunion immédiate de la plaie qui succède à l'ablation

des tumeurs squirrheuses ou cancéreuses du sein chez la femme, je ne laisserai point échapper cette occasion de dire, que cette réunion convient mieux, en général, et réussit mieux après l'amputation proprement dite, qu'après la simple extirpation de ces tumeurs. C'est un des cas, où sans prodiguer la réunion immédiate des plaies, comme le font les chirurgiens anglois, nous pourrions l'employer un peu plus souvent que nous ne le faisons : c'est un de ceux pour lesquels j'en suis le plus partisan. Nombre de fois, surtout après l'amputation proprement dite d'une partie ou de la totalité du sein, j'ai obtenu en quinze, dix-huit ou vingt jours, la parfaite réunion de plaies, qui, si l'on eût laissé la suppuration s'y établir, auroient mis deux mois ou deux mois et demi à guérir par cicatrisation. J'ai donc recours à la réunion immédiate, et plutôt après l'amputation qu'après la simple extirpation des tumeurs carcinomateuses du sein, toutes les fois qu'elle est praticable, c'est-à-dire toutes les fois qu'on peut, sans efforts et sans violenter les parties voisines, rapprocher les bords de la plaie. J'hésite d'autant moins à la mettre en usage, que je ne pense pas qu'il puisse être avantageux, en aucune manière, qu'une telle plaie suppure abondamment et pendant long-temps. Je ne crois pas que cette disposition intérieure, ce

vice général de l'économie, qui fait récidiver si fréquemment l'affection cancéreuse, puisse être annihilé, ou seulement même affoibli par la suppuration qui a lieu quand une plaie guérit lentement par cicatrisation. Je croirois plutôt que l'irritation locale, toujours plus vive alors, et plus prolongée que lorsqu'on a fait la réunion immédiate de la plaie, peut hâter le développement d'une nouvelle affection cancéreuse dans la partie même où existoit la première. Deux choses d'observation donnent quelque force à cette conjecture. D'une part, il n'est pas très-rare de voir une affection cancéreuse renaître dans la partie qui en étoit le siége primitif, avant que la plaie qui a succédé à la première opération soit entièrement cicatrisée. En second lieu, dans les cas même où cette plaie doit arriver à une parfaite guérison, il est assez ordinaire qu'elle présente, pendant le travail même de la cicatrisation, un phénomène qu'on peut considérer comme un indice à peu près certain de la réapparition plus ou moins prompte de la maladie locale, ou des progrès de la diathèse cancéreuse sans que l'affection locale récidive. Le phénomène dont je veux parler, phénomène dont M. Boyer a le premier, je crois, fait mention, et à l'égard duquel j'ai confirmé les remarques de ce célèbre chirur-

gien, est celui-ci. Subitement, j'entends dire dans l'intervalle d'un pansement à un autre, et sans que rien ait indiqué d'avance que cela devoit avoir lieu, la plaie présente des taches marbrées, un tant soit peu proéminentes, ou, si l'on veut, des espèces de végétations applaties, mollasses, ordinairement grisâtres et parsemées de points noirâtres. Quelquefois il n'en existe qu'une seule, plus ou moins grande; le plus souvent ces taches sont multiples, et dans les intervalles qui les séparent, la plaie conserve la couleur vermeille qu'elle présentoit auparavant. Dès l'instant qu'elles se manifestent, et pendant tout le temps qu'elles existent, la plaie est un peu plus douloureuse qu'elle ne l'avoit été jusqu'alors; elle fournit un pus plus abondant et plus séreux, et les malades éprouvent un malaise général. Il est inutile de faire quelque chose pour rendre à la plaie son premier aspect : ces taches, ces sortes de végétations disparoissent d'elles-mêmes après quelques jours. Mais s'il est des cas où elles ne se manifestent qu'une seule fois dans le cours de l'existence de la plaie, il en est aussi où elles se montrent à plusieurs reprises, et à des intervalles plus ou moins longs. Le phénomène dont il vient d'être parlé n'a pas lieu dans les plaies accidentelles, ni dans celles qui succèdent aux opérations autres que l'amputation

des tumeurs cancéreuses ; et sa non apparition dans les plaies qu'il complique si fréquemment, est d'un augure assez favorable, sans présager néanmoins, d'une manière certaine, que l'affection cancéreuse ne récidivera pas.

Ulcères. Remarques préliminaires.

Comme les plaies, les ulcères constituent une maladie commune à presque toutes les régions du corps : ils peuvent aussi affecter divers systèmes d'organes. En effet, s'ils affectent le plus souvent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, ils s'étendent aussi quelquefois aux aponévroses, aux muscles, aux vaisseaux : ils établissent encore fort souvent leur siége sur les membranes muqueuses, et attaquent aussi, de prime abord même, les os ; car la carie dans les os est un état d'érosion, d'ulcération comparable aux ulcères proprement dits des parties molles. Ce qui, plus que tout cela, établit une sorte de liaison, de rapport, je dirai presque de parenté, entre les plaies et les ulcères, c'est qu'on voit très-souvent des plaies se changer en ulcères par l'intervention d'une cause, soit locale, soit générale, qui en empêche la cicatrisation. Des ulcères succèdent donc fréquemment à des plaies. D'un autre côté, un ulcère qui a été ou non précédé de plaie, ne guérit qu'autant qu'il est ramené aux conditions d'une plaie avec perte de substance, et dont la suppuration amène la

cicatrisation ; et tel est, en effet, l'état sous lequel se présente un ulcère, lorsqu'on est parvenu à détruire ou à éloigner la cause qui le constituoit tel. C'est à cause de cela qu'il est si difficile d'établir une juste limite entre les plaies et les ulcères, et que des pathologistes recommandables ont appelé ulcères simples des plaies à l'état de suppuration, et qui marchent naturellement à la guérison.

C'est principalement aux ulcères des jambes, ulcères bien plus fréquens que ceux des autres régions du corps, que les Anglois appliquent une méthode de traitement, qui contraste tellement avec celle que nous employons le plus généralement, qu'on conçoit à peine qu'il soit possible d'arriver aux mêmes résultats par deux voies si différentes. Aux jambes, comme ailleurs, les ulcères doivent quelquefois leur existence à une cause intérieure ou éloignée ; ils sont l'effet apparent, le symptôme d'un vice général de la constitution. Ainsi voit-on aux jambes, comme dans les autres régions du corps, des ulcères scrophuleux, vénériens consécutifs, etc. Mais aux jambes, plus que dans toute autre région du corps, les ulcères sont entretenus par une cause locale, par un vice de la partie même qui en est le siége. Ces ulcères de cause locale se présentent sous divers aspects. Les uns sont remarquables par l'en-

gorgement inflammatoire des parties qui leur sont circonvoisines; d'autres, plus anciens, par l'induration, l'état calleux de leurs bords. Ce qui distingue quelques-uns, c'est l'état fongueux de leur surface. Il en est qui sont accompagnés d'un engorgement variqueux de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané de la partie du membre où l'ulcération ne s'est pas propagée. Mais ces états divers ne sont que des circonstances accessoires, des épiphénomènes, ou si l'on veut, des variétés de la maladie, dont la cause immédiate est dans tous les cas un état de foiblesse, de débilité, d'atonie des parties affectées. Sous ce rapport, j'applaudirois à l'idée qu'a eue l'un de nos modernes écrivains, d'imposer à ces différens ulcères le nom commun d'ulcères atoniques, si cette dénomination ne laissoit pas à penser à des esprits superficiels et peu réfléchis, que la guérison de ces ulcères ne peut être obtenue que par des applications fortifiantes, toniques, tandis qu'on réussit parfaitement dans le plus grand nombre des cas, par une méthode essentiellement débilitante, telle que celle qui consiste à tenir la partie affectée dans la position horizontale, et dans l'immobilité, et à la couvrir de topiques émolliens. C'est même la manière de panser les ulcères des jambes autres que ceux qui tiennent à une cause spécifique, ou à un vice général

de la constitution qu'ont adoptée la plupart des chirurgiens françois. Quelques détails à son sujet nous mettront à même de bien apprécier celle qu'emploient les chirurgiens anglois, ou que du moins j'ai vu mettre en usage dans tous les hôpitaux de Londres.

Indication de notre manière de traiter les ulcères de cause locale, et particulièrement ceux des jambes.

Soit donc un ulcère à la jambe, qui nous paroît constituer une affection purement locale. Que cet ulcère soit ou ne soit pas accompagné d'inflammation dans les parties voisines, nous assujettissons le malade au repos, nous l'obligeons à garder le lit; il doit y rester jusqu'à l'entière guérison de sa maladie. L'ulcère est couvert d'une couche mince de charpie mollette, par-dessus laquelle on applique un cataplasme émollient, qui doit recouvrir les parties voisines dans une grande étendue. Ce cataplasme est changé tous les jours, ainsi que la charpie qui est en contact immédiat avec la surface ulcérée. Si cette surface est très-étendue, très-profonde, si elle fournit une suppuration abondante, le pansement peut être renouvelé deux fois dans les vingt-quatre heures : cela convient surtout dans la saison chaude, où le pus acquiert assez promptement une odeur forte, et où les topiques mucilagineux, tels que sont nos cataplasmes émolliens, passent facilement à l'aigre. Un régime tempérant, et de légers toniques à l'intérieur, sont

utilement associés au traitement local. Bientôt les bords de l'ulcère qui étoient épais, tuméfiés, s'affaissent; le fond s'élève; toute sa surface prend une teinte moins rembrunie, et tend à devenir vermeille; le pus est de meilleure qualité; la douleur diminue; les parties circonvoisines, presque toujours engorgées, se détuméfient; et en assez peu de temps l'ulcère a pris l'aspect d'une plaie avec perte de substance en pleine suppuration et dont la cicatrisation est sur le point de commencer, ou a déjà commencé. Ce n'est pas cependant qu'il y ait une parfaite similitude entre un ulcère en voie de guérison, et une plaie avec perte de substance dans laquelle la suppuration est bien établie : un œil tant soit peu exercé sait très-bien distinguer l'une de l'autre ces deux sortes d'affections. Dans une plaie proprement dite avec perte de substance, déjà en suppuration, ou dans laquelle le travail de la cicatrisation a déjà commencé, et dont la marche n'a point été intervertie, les tégumens voisins ont leur couleur, leur souplesse naturelle : au contraire, ceux qui environnent un ulcère, alors même que cet ulcère présente le meilleur aspect, ont une teinte livide, ils ont perdu en partie leur extensibilité; il semble aussi que le tissu cellulaire qui leur est soujacent, est plus dense qu'il ne l'est naturellement. Si vous joi-

gnez à ces deux circonstances, que bien qu'on soit parvenu, par le repos de la partie affectée et par l'application des émolliens, à changer l'apparence d'un ulcère jusqu'à y voir le travail de la cicatrisation commencer, l'atonie locale persiste encore, vous aurez l'explication toute naturelle d'un fait bien certain et que voici : c'est que la cicatrisation d'un ulcère est beaucoup plus tardive que celle d'une plaie qui a les mêmes dimensions, et que l'entière consolidation du premier se fait attendre bien plus long-temps que celle de la plaie.

Il est ordinaire que dans le traitement d'un ulcère, nous insistions encore sur l'usage des cataplasmes émolliens, après que la surface ulcérée est parvenue à l'état auquel la cicatrisation doit succéder : il faut même que celle-ci soit déjà très-avancée, il faut qu'il n'y ait plus rien à gagner pour cette cicatrisation, à entretenir les tégumens qui environnoient la surface ulcérée dans un état de relâchement et de souplesse, pour que nous cessions l'application de ces cataplasmes, et pour que nous pansions l'ulcère à sec et comme une plaie simple. Jusque-là, nous croyons devoir lutter incessamment contre l'obstacle que mettent aux progrès de la cicatrice, et la rigidité de la peau, et la densité du tissu cellulaire soujacent. Seulement pour soustraire autant que possible la surface

ulcérée elle-même, à l'action trop relâchante des cataplasmes, on la couvre alors d'une couche de charpie sèche, plus épaisse que celle qu'on mettoit dans le principe du traitement. Arrive enfin un moment où les topiques émolliens ne sont plus d'aucune utilité : l'ulcère doit être pansé à sec comme une plaie simple, avec l'attention d'en réprimer de temps à autre la surface, en la touchant avec le nitrate d'argent. Quelquefois il faut en venir à l'application d'un de ces emplâtres qu'on nomme dessicatifs, et qui sont tels, parce qu'ils sont toniques, tels que celui de Nuremberg, le diapalme, le baume vert de Metz, emplâtres qu'on peut remplacer, ou dont l'effet est secondé par l'application d'un bandage légèrement compressif.

Méthode des chirurgiens anglois.

Telle est notre méthode ordinaire de traiter les ulcères des membres inférieurs qui constituent une affection purement locale. Quelques-uns y sont rebelles; mais elle réussit le plus généralement. Celle des chirurgiens anglois, si différente sous plusieurs rapports, est, comme je l'ai déjà fait entendre, une sorte d'extension de la réunion immédiate appliquée au traitement des plaies. Elle consiste à entourer le membre au niveau de la surface ulcérée, et jusqu'un peu au-dessus et au-dessous de cette surface, avec de longues bandelettes d'un sparadrap agglutinatif, telles que celles qu'on

prépare pour maintenir en contact les bords d'une plaie qu'on veut réunir par première intention. Les deux extrémités de chaque bandelette, tirées en sens contraire, rapprochent les bords de l'ulcère, dont elles croisent la direction. On met de ces bandelettes agglutinatives autant qu'il en faut pour couvrir entièrement l'ulcère. Dans les premiers temps, et jusqu'à ce que la suppuration soit moins abondante, on les renouvelle chaque jour : cela est nécessaire pour entretenir au même degré la compression qu'elles exercent sur toute la circonférence du membre, puisqu'un des effets, et un effet très-prompt, de l'application de ces bandelettes est la diminution de l'engorgement des parties molles voisines de l'ulcère, ce qui ne peut avoir lieu sans que les bandelettes elles-mêmes ne soient relâchées. Mais plus tard, et surtout depuis le moment où l'ulcère commence à se cicatriser, on ne les renouvelle que tous les deux ou trois jours, ou plus rarement encore. On peut les appliquer de manière à ce qu'elles se recouvrent un peu les unes les autres par leurs bords voisins, et qu'il n'y ait aucun point de la surface ulcérée à découvert, ou bien laisser entre les extrémités de chacune d'elles un très-petit intervalle pour l'écoulement du pus. A toutes les époques du traitement, on maintient en place les bandelettes agglutina-

tives, et l'on cherche à prévenir l'empâtement des parties molles au-dessous du siége de l'ulcère, par l'application d'un bandage roulé, légèrement compressif, étendu sur tout le membre. Les malades ne sont point assujettis au repos : ils peuvent, sinon se livrer à des occupations pénibles, et faire des marches forcées, du moins sortir du lit, et se promener.

Ce traitement des ulcères, dont l'idée appartient, je crois, à Underwood, a quelque rapport avec le traitement par la compression, que Theden a tant préconisé pour les ulcères variqueux, et auquel Desault avoit donné de grands éloges. Lorsque je le vis mettre en usage dans les hôpitaux de Londres, je ne m'attachai pas à en suivre les résultats, sachant bien que plus tard les occasions de le mettre en pratique ne me manqueroient pas, si je voulois en apprécier par moi-même les effets. J'eus d'ailleurs de la peine à ne pas voir un peu d'exagération dans ce que me dirent les chirurgiens anglois de son efficacité; et je revins de Londres tellement prévenu en faveur de notre méthode de traiter les ulcères, que je ne m'empressai pas d'expérimenter la méthode angloise. Maintenant, au contraire, que j'en ai fait l'essai, je trouve à cette méthode des avantages que je n'avois pas d'abord entrevus; et je suis persuadé que si elle n'est pas préférable à la nôtre en toute circonstance indiffé-

remment, elle l'est au moins dans un grand nombre de cas, et qu'on peut en tirer un très-grand parti. Je me rends parfaitement compte de la manière dont elle agit, et son efficacité n'a plus rien qui m'étonne. La compression immédiate, et surtout cette compression égale, uniforme, exercée par les bandelettes agglutinatives sur toute la circonférence du membre au niveau de la partie ulcérée, est très-propre à dissiper l'engorgement œdémateux qui s'étend au loin dans les parties circonvoisines d'un ulcère : elle n'est pas moins propre à prévenir l'augmentation de cet engorgement, et l'accroissement de l'ulcère, deux choses auxquelles donnent constamment lieu la position verticale et l'exercice du membre chez les personnes affectées d'ulcères aux jambes, ces ulcères étant abandonnés à eux-mêmes, ou seulement traités suivant la méthode qui nous est familière. Peut-être la substance emplastique dont sont couvertes les bandelettes agglutinatives contribue-t-elle aussi, par une action fondante et résolutive, à dissiper l'état dur et calleux des bords d'un ulcère, lorsque cet état existe : et, dans d'autres cas, la simple compression exercée par ces bandelettes hâte ou provoque même le recollement des bords d'un ulcère, lorsque les tégumens voisins sont amincis et décollés dans une certaine étendue. Qui ne voit que, par la manière dont sont appli-

quées les bandelettes agglutinatives, et par celle dont elles agissent sur tous les points de la circonférence d'un ulcère, qu'elles rapprochent du centre, on évite à la nature cette partie du travail de la cicatrisation des ulcères ou des plaies avec perte de substance, qui consiste dans la diminution d'étendue de ces solutions de continuité par la seule extension des tégumens voisins, avant que la cicatrice proprement dite commence à se former? Enfin un ulcère traité par les bandelettes agglutinatives, étant lui-même soumis à la compression immédiate qui est exercée sur toutes les autres parties de la circonférence du membre, cette compression s'oppose à l'exubérance des bourgeons celluleux, au développement de ces fongosités qui, dans toutes les autres manières de panser les ulcères et les plaies en suppuration, s'oppose incessamment aux progrès rapides de la cicatrice.

Du moment où j'ai voulu essayer la méthode angloise pour le traitement des ulcères des membres inférieurs, entretenus par une cause locale, j'ai pu l'employer fréquemment. Ces sortes d'ulcères, affection assez peu commune chez les personnes du monde, et l'un de ces cas de chirurgie qui se présentent assez rarement dans la pratique particulière, sont, au contraire, très-répandus parmi les individus des classes inférieures de la société. L'occasion d'en voir et d'en

traiter se présente donc souvent dans les hôpitaux. Il est des temps, des hivers surtout, où à l'hôpital de la Charité nous avons dans nos salles de chirurgie des malades affectés d'ulcères aux jambes, beaucoup plus que nous n'en voudrions et qu'il n'en est besoin pour l'instruction des élèves. J'ai donc déjà pardevers moi un assez grand nombre de faits relatifs au traitement des ulcères par les bandelettes agglutinatives. Ces faits se multiplient chaque jour, parce que, sans avoir donné à cette méthode une préférence exclusive, c'est néanmoins celle que maintenant j'emploie le plus ordinairement. Elle est fort simple, on pourroit presque dire économique, et sous ce rapport très-convenable pour les hôpitaux : elle procure une guérison plus prompte que celle qu'on obtient par toute autre méthode de traitement : elle a surtout le grand avantage de ne point assujettir les malades à garder un repos absolu.

Quoique les ulcères soient du nombre des cas les plus vulgaires de la chirurgie, et quoiqu'il soit facile à tout praticien de confirmer les avantages de leur traitement par les bandelettes agglutinatives, je ne crois pas tout-à-fait inutile de rapporter quelques-uns des cas dans lesquels j'ai mis cette méthode en usage.

Faits.

Un homme âgé de soixante ans, de Villiers-le-Bel, village voisin de Paris, entra à l'hôpital de

la Charité vers la fin du mois de novembre de l'année dernière, pour y être traité d'un vaste ulcère qu'il portoit à la partie antérieure et inférieure de la jambe droite. Cet ulcère de cause locale étoit à bords calleux, avec engorgement variqueux de la partie de la jambe qui n'étoit point ulcérée, et gonflement œdémateux du pied. Nous employâmes d'abord les cataplasmes émolliens en assujettissant le malade au repos. L'ulcère changea bientôt d'aspect, et fut réduit en assez peu de temps à la moitié de ses dimensions, moins toutefois par un commencement de cicatrisation, que par le dégorgement des parties circonvoisines. Mais parvenu à cet état, il resta pendant quelque temps stationnaire. C'est alors seulement que j'employai, pour cet ulcère, les bandelettes circulaires agglutinatives. Leur effet excita ma surprise : sous ces bandelettes, qui n'étoient renouvelées que tous les deux jours, la cicatrice fit des progrès qu'on pouvoit remarquer à chaque pansement. Le malade avoit commencé à sortir du lit, et avoit marché chaque jour depuis celui où j'avois commencé l'usage des bandelettes agglutinatives. L'ulcère n'ayant plus que la largeur du pouce ou un peu moins même, je cessai, à dessein, d'employer les bandelettes agglutinatives: il resta de nouveau stationnaire; et quoiqu'il fût pansé avec de la charpie sèche, sa sur-

face se couvrit de fongosités qu'on avoit de la peine à réprimer avec le nitrate d'argent. Je repris l'usage des bandelettes : l'ulcère a de nouveau marché, mais très - lentement, vers la cicatrisation. Le malade est sorti de l'hôpital, guéri parfaitement, et nous faisant la promesse de s'assujettir à l'usage d'un bas lacé, moyen si avantageux pour prévenir la formation nouvelle des ulcères des membres inférieurs. Il a été évident pour moi qu'eussé-je pu, en insistant sur notre manière ordinaire de panser les ulcères, amener celui-là à une entière cicatrisation, les progrès eussent été plus lents encore et la guérison plus tardive.

Le même jour que l'homme dont je viens de parler a quitté la Charité, il en est sorti également une blanchisseuse du Gros - Caillou chez laquelle le traitement des ulcères par les bandelettes circulaires agglutinatives avoit réussi d'une manière remarquable. Cette femme, âgée de vingt-huit ans, et douée d'une forte constitution, portoit depuis deux ans sur la malléole interne de la jambe gauche un ulcère dont elle avoit plusieurs fois amélioré l'état, en s'assujettissant à différentes précautions, mais qui, depuis le moment qu'il s'étoit formé, n'avoit jamais été entièrement cicatrisé. Je ne vis la malade que le troisième jour après son entrée à l'hôpital : les deux jours précédens,

elle avoit été pansée avec des cataplasmes émolliens, et l'ulcère n'avoit encore, me dit-on, éprouvé aucun changement bien sensible. Il étoit très-régulièrement ovalaire de haut en bas, ayant un pouce et demi d'étendue dans son plus grand diamètre, et un peu plus d'un pouce dans le point de sa plus grande largeur. Il avoit une certaine profondeur : ses bords durs et calleux étant fort épais et coupés perpendiculairement à l'épaisseur de la peau. Ce cas me parut des plus favorables pour tenter l'usage des bandelettes agglutinatives, et dès l'instant même je fis cesser l'emploi des cataplasmes. J'appliquai des bandelettes faites avec le sparadrap de diachilon gommé : un bandage roulé, légèrement compressif, fut mis sur le pied et sur la partie inférieure de la jambe, et je permis à la malade de sortir du lit pour se promener dans la salle où elle se trouvoit. Le lendemain, l'aspect de l'ulcère avoit déjà changé; ses bords étoient très-affaissés : en trois jours ils furent au niveau du fond ou de la surface de l'ulcère, surface qui déjà aussi étoit devenue grenue et vermeille, et fournissoit un pus de bonne qualité. La cicatrisation commença bientôt, et fit des progrès si rapides, que l'ulcère fut fermé entièrement le vingt-deuxième jour après la première application des bandelettes agglutinatives. La malade n'est restée en tout à l'hôpital

que vingt-cinq jours. Je n'exagère pas en disant qu'il eût fallu six semaines au moins, et peut-être même plus pour la guérir par notre manière ordinaire de panser les ulcères. Pendant tout ce temps nous l'aurions obligée à garder le lit, tandis que depuis le moment où j'ai commencé l'application des bandelettes, application qui a été renouvellée tous les jours d'abord, et ensuite tous les deux jours seulement, la malade n'a pas été un seul jour sans se lever et sans marcher. L'ulcère n'a pas été une seule fois touché avec le nitrate d'argent; sa surface s'est constamment maintenue au niveau de celle de la peau, comme il convient que cela soit dans les plaies et dans les ulcères qui se cicatrisent, pour les progrès rapides de la cicatrisation.

Le 30 avril dernier, nous reçûmes à l'hôpital un cordonnier âgé de trente-sept ans, qui portoit depuis trois mois un ulcère calleux à la partie interne et moyenne de la jambe gauche. Cet ulcère de forme ovalaire avoit succédé à une brûlure causée par un liquide bouillant, et s'étoit formé dans une partie où la jambe étoit déjà recouverte d'une ancienne cicatrice. Il avoit deux pouces et demi en longueur, et sa plus grande largeur étoit de deux pouces moins un quart. Ce cas me parut également favorable pour l'usage des bandelettes agglutinatives, qu'on pouvoit appliquer d'autant plus faci-

lement, que le mollet étoit peu développé, et que la jambe sur laquelle l'ulcère étoit établi avoit à peu près la même grosseur dans toutes ses parties. Le traitement de cet ulcère par la méthode dont il s'agit, commencé le lendemain même du jour de l'entrée du malade à l'hôpital, n'a duré qu'un peu plus de six semaines : le 18 juin, l'ulcère étoit entièrement cicatrisé. Pendant quelque temps les bandelettes agglutinatives furent renouvellées tous les jours : elles le furent ensuite tous les deux jours seulement. Durant le traitement, le malade usa de la liberté que je lui avois donnée de sortir du lit et de se promener dans l'hôpital.

A la même époque où le malade précédent étoit à l'hôpital, j'employai le même traitement et avec le même succès pour un grand ulcère de cause locale, que portoit à la partie antérieure, moyenne et inférieure de la jambe gauche, un homme âgé de cinquante-deux ans, commissionnaire de son état, et Auvergnat d'origine, entré à l'hôpital le 2 mai. Cet ulcère, qui avoit déjà existé trois ans auparavant, s'étoit reproduit depuis six semaines seulement. Un peu plus étendu de haut en bas que transversalement, il étoit large de quatre pouces au milieu dans ce dernier sens, et avoit une longueur de cinq pouces dans sa partie moyenne également. Lorsque le malade vint à l'hôpital, les

bords de cet ulcère étoient rouges, enflammés : l'inflammation s'étendoit même assez au loin ; le fond de l'ulcère étoit d'un blanc sale, et fournissoit abondamment un pus tenace et d'une odeur désagréable. Je n'employai les bandelettes de diachylon gommé qu'après trois ou quatre jours, pendant lesquels la jambe fut couverte d'un cataplasme émollient, et le malade assujetti au repos. Il garda le lit après que l'usage des bandelettes agglutinatives fut commencé, et même pendant une grande partie du temps que l'ulcère mit à se cicatriser, non à cause de cet ulcère, mais parce que, dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, je lui pratiquai l'opération de la cataracte aux deux yeux. Cette opération faite par extraction réussit ; et du moment où le malade put sans inconvénient exposer ses yeux au contact de l'air et à l'impression de la lumière, il eut la liberté de se lever. La marche ne suspendit pas, et ne ralentit pas même les progrès de la cicatrisation de l'ulcère : ils furent aussi rapides que pouvoit le permettre le mauvais état de la jambe de ce malade, qui a quitté l'hôpital le 27 juillet. Quoiqu'il fût guéri depuis quelques jours seulement lorsqu'il est sorti de la Charité, et qu'il eût fait à l'hôpital un séjour de près de trois mois, il nous a semblé que la cicatrisation de son ulcère avoit été beaucoup plus prompte que

si cet ulcère avoit été traité pendant long-temps avec les topiques émolliens, et pansé ensuite avec la charpie sèche, en un mot, traité par la méthode que les chirurgiens françois mettent communément en usage.

Je rapporterai un dernier fait relatif au traitement par les bandelettes agglutinatives dans les ulcères de cause locale, ou entretenus par un vice de la partie même qui en est le siége. Cette dernière observation est d'autant plus intéressante, que le malade qui en est le sujet, vient, pour une raison toute particulière, de subir l'amputation du membre qui avoit été le siége des ulcères contre lesquels le traitement dont il s'agit avoit été dirigé et suivi pendant long-temps avec succès. Ce malade est un jeune homme de vingt-quatre ans, qui, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Charité le 5 avril de cette année, avoit à la jambe droite, non pas un seul ulcère, mais quinze ou vingt ulcères, les uns plus petits, d'autres plus grands, quelques-uns affectant la peau du genou, et le plus grand nombre occupant dans les deux tiers supérieurs de la jambe, les régions antérieure, externe et interne de ce membre. Ces ulcères s'étoient formés successivement les uns après les autres depuis trois ans. Ceux de la jambe même étoient les plus anciens : c'étoient aussi ceux qui présentoient le plus mauvais aspect. Dans

les intervalles qui les séparoient, la peau étoit partout décollée, amincie, en sorte que ces ulcères communiquoient presque tous les uns avec les autres par des espèces de clapiers, d'où l'on faisoit sortir par la compression, dans les premiers pansemens, une assez grande quantité de pus. La jambe étoit dans un état d'atrophie et dans une flexion permanente sur la cuisse, le genou n'exécutant aucun mouvement : et tel étoit enfin le degré de maigreur et d'épuisement dans lequel étoit tombé le malade, qu'ayant peu d'espoir d'améliorer l'état de sa jambe, peu s'en fallut que M. Boyer et moi, nous ne lui proposassions l'amputation de la cuisse. Cependant nous temporisâmes, voulant voir quels seroient les effets du traitement méthodique des ulcères. Quinze jours de l'application de cataplasmes émolliens, et pendant lesquels le malade, soumis à l'usage intérieur des toniques et au régime le plus analeptique qu'on puisse prescrire dans les hôpitaux, gardoit le repos, n'avoient apporté aucun changement notable dans l'apparence des ulcères, lorsque je me décidai à mettre en usage les bandelettes circulaires agglutinatives. Comme la forme du genou, et surtout du genou continuellement fléchi, se seroit mal prêtée à l'application de ces bandelettes, je m'en servis seulement pour les ulcères de la jambe : je fis continuer

pour ceux du genou, qui avoient un moins mauvais aspect, et autour desquels d'ailleurs la peau n'étoit pas décollée, l'application des cataplasmes émolliens. Plus tard cependant, la jambe ayant pu être mise dans une légère extension sur la cuisse, il fut possible de soumettre les ulcères du genou à l'application des bandelettes agglutinatives. Soit sur la jambe, soit sur le genou, quand il a été possible de les appliquer sur cette dernière partie, ces bandelettes n'ont jamais été renouvellées que tous les deux jours; mais dans le commencement, on avoit l'attention de laisser entre elles de petits espaces pour l'écoulement du pus dans l'intervalle d'un pansement à un autre. Bientôt il n'y eut plus de clapiers entre les ulcères; partout la peau se recolla aux parties sous-jacentes : les plus petits ulcères se cicatrisèrent assez promptement; les plus grands diminuèrent aussi d'étendue, et prirent un aspect qui présageoit leur guérison à une époque qu'il n'étoit pas possible, au reste, de déterminer ou de prévoir. Les mouvemens de l'articulation devinrent un peu plus libres, et le malade ayant recouvré une partie de ses forces, il lui fut permis de sortir du lit et de se promener avec des béquilles. La cicatrisation des ulcères, d'abord très-rapide, a procédé ensuite avec plus de lenteur, toujours sous l'influence du même traitement local. Cependant,

tous ceux de la jambe furent amenés à une entière consolidation; une cicatrice égale, polie, assez mince à la vérité, mais solide néanmoins, en prit la place. Il n'y avoit plus à cicatriser que les ulcères du genou, déjà réduits à des dimensions assez peu considérables, et dont on auroit infailliblement obtenu la parfaite guérison; mais le membre restoit atrophié, en même temps que le genou étoit ankylosé dans une extension incomplète. Tel étoit l'état des choses lorsqu'il y a quelque temps, persuadé, avec raison, que ses ulcères fussent-ils guéris complétement, il ne pourroit jamais se servir d'une jambe artificielle en conservant son membre, et que réduit à marcher avec des béquilles, il ne pourroit plus continuer sa profession de maréchal, le malade prit subitement la résolution de se faire amputer la cuisse.

Considérant qu'une opération aussi grave que l'amputation de la cuisse n'est point avouée par la saine pratique pour les cas de simple difformité du membre inférieur, nous cherchâmes d'abord à éloigner le malade de ce parti extrême, sans trop lui parler cependant des dangers de l'opération. Mais il fallut céder à ses instances; et appliquant au cas particulier dans lequel il se trouvoit, les principes que l'expérience m'a fait adopter, relativement aux circonstances dans lesquelles l'amputation à lambeaux peut être

substituée avec avantage à l'amputation circulaire, c'est par la première de ces deux méthodes que j'ai coupé la cuisse à ce malade. J'ai fait deux lambeaux latéraux : je préfère ce procédé à celui qui consiste à faire les deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, et que conseillent quelques praticiens.

Heureusement, je n'ai point eu à me repentir de ma condescendance aux désirs du malade, et lui-même n'a point été trompé dans son attente. Je l'ai opéré le 26 du mois dernier. Quelques-unes des ligatures sont tombées le neuvième jour de l'opération : la dernière s'est détachée le douzième. C'est par l'angle inférieur de la plaie seulement que la suppuration provenant de l'intérieur du moignon s'est écoulée au-dehors jusqu'à ce que toutes les ligatures fussent tombées. Du moment que la plaie a été débarrassée de ces corps étrangers, cette suppuration est devenue de jour en jour moins abondante. Aujourd'hui (17 octobre), 21e jour de l'opération, l'agglutination des lambeaux est parfaite : il ne reste plus à cicatriser qu'une très-petite surface, vers la partie inférieure du moignon. Le malade doit être guéri avant la fin du mois.

Voilà quelques-uns seulement des cas dans lesquels j'ai employé le traitement par les bandelettes agglutinatives pour des ulcères des membres inférieurs, qui ne dépendoient d'au-

cune cause spécifique, d'aucun vice de la constitution. C'est pour de tels ulcères que ce traitement convient le mieux. Mais il peut aussi avoir quelqu'efficacité contre des ulcères spécifiques, quand surtout on fait coïncider avec les moyens locaux, les remèdes intérieurs ou généraux appropriés à la nature de la cause déterminante de ces ulcères. Voici deux faits à l'appui de cette assertion, et qui pourront conduire à d'autres tentatives.

Il y a quelques mois, nous avions à l'hôpital de la Charité un jeune homme de quinze ou seize ans, chez lequel un ulcère scrophuleux s'étoit établi au bas de la région inguinale du côté droit, à la suite de l'engorgement et de la suppuration de plusieurs glandes lymphatiques de cette partie. En même temps que nous travaillions à modifier autant que possible la constitution du sujet par un traitement intérieur, nous cherchions, par un choix convenable de médicamens topiques, à hâter la cicatrisation de l'ulcère, qui avoit au dernier point la physionomie des ulcères scrophuleux. Divers onguens, diverses substances emplastiques, appliqués simplement sur la surface de l'ulcère, de légers escarrotiques même, ayant été inutilement employés à cette fin, j'imaginai de faire panser ce jeune malade avec des bandelettes agglutinatives qui entouroient la cuisse, et qui, couvrant

la surface de l'ulcère, en comprimoient et en rapprochoient les bords. L'ulcère changea bientôt d'aspect, et fut amené à parfaite cicatrisation beaucoup plus promptement que nous ne l'avions espéré. Le cas suivant a rapport à des ulcères vénériens consécutifs, selon toute apparence.

Un gentilhomme anglois vint à Paris au commencement de cette année, espérant y trouver la guérison de plusieurs ulcères qu'il portoit depuis deux ans à la cuisse gauche, et pour lesquels il avoit eu inutilement recours aux lumières et à l'expérience de plusieurs chirurgiens de Londres. Trois de ces ulcères, assez peu étendus, et de grandeur différente, occupoient la partie interne et supérieure de la cuisse : un dernier, plus considérable que chacun de ceux-là, avoit son siége à la partie moyenne et antérieure. Ils avoient succédé à un bubon vénérien primitif. L'ouverture de ce bubon ne s'étoit jamais fermée; et au lieu que l'ulcère qui en étoit résulté dans le principe fût resté stationnaire, ou se fût agrandi sans changer de place, cet ulcère s'étoit propagé de haut en bas, se cicatrisant dans un sens, tandis qu'il s'agrandissoit dans l'autre : de telle sorte que lorsque le malade vint en France, et lorsque je le vis pour la première fois, le lendemain même du jour de son arrivée à Paris (c'étoit dans les premiers jours de jan-

vier), l'ulcère principal, et ceux qui s'étoient formés consécutivement, étoient tous placés sur les confins d'une large cicatrice, mince, livide, qui couvroit toute la région inguinale. Le fond de ces ulcères étoit élevé dans quelques points, et déprimé dans d'autres : leurs bords, fort irrégulièrement tracés, étoient épais, et coupés à pic dans une partie de leur étendue; très-minces, au contraire, frangés et décollés dans une autre partie : le pus qu'ils fournissoient étoit séreux et rousseâtre : en un mot, ces ulcères présentoient au dernier degré l'apparence d'ulcères vénériens consécutifs. Je ne doutai pas un moment que tel étoit leur caractère. Le malade n'éprouvoit, à la vérité, aucun des autres symptômes par lesquels se manifeste le plus ordinairement la syphilis constitutionnelle. Mais combien de fois ne voit-on pas le vice vénérien, bien que général dans l'économie, se montrer sous une seule forme, donner lieu à un seul des accidens dont plusieurs ordinairement existent ensemble chez un même individu ! Et en particulier, des ulcères consécutifs, soit à la peau, soit sur quelque partie du système muqueux, à la gorge spécialement, ne sont-ils pas fréquemment le seul symptôme par lequel le vice vénérien manifeste son existence dans l'économie ? Cependant les chirurgiens anglois aux soins desquels le malade dont je parle s'étoit

confié pendant assez long-temps, pensoient tous que les ulcères qu'il portoit à la cuisse n'étoient pas vénériens : ils étoient scorbutiques aux yeux de quelques-uns, scrophuleux suivant les autres; plusieurs les croyoient entretenus, non par une cause spécifique, mais par une foiblesse générale de la constitution. On s'étoit accordé pour conseiller au malade de quitter pour quelque temps l'Angleterre, de voyager en France, et de faire quelque séjour dans nos provinces du Midi.

Comme il se rendoit difficilement à l'opinion dans laquelle j'étois que les ulcères qu'il portoit étoient vénériens, et à l'espérance que je lui donnois de leur guérison par un traitement mercuriel dirigé avec méthode, je l'engageai à consulter sur son état d'autres praticiens. Deux de nos plus habiles, M. Boyer et M. Cullerier, partagèrent mon sentiment : leurs conseils furent conformes aux miens ; et il fut convenu entre nous que le malade seroit soumis à l'usage des frictions. Pendant un mois, il les fit avec un demi-gros d'onguent napolitain, tous les deux jours seulement ; puis avec un gros de la même pommade, tous les deux jours également pendant un autre mois : il ne faisoit que commencer des frictions d'un gros et demi, de jour à autre pareillement, lorsque, trop inquiet sur les suites des événemens qui se préparoient

au mois de mars, il se crut obligé de quitter Paris pour retourner en Angleterre. Le traitement étoit donc dirigé à dessein, et pour qu'il fût plus efficace, de telle manière que les ulcères ne pouvoient pas éprouver une prompte amélioration. Avec tout autre malade, j'aurois patiemment attendu les résultats de l'action du mercure sur l'économie animale, et attaché peu d'importance au pansement de l'affection locale. Mais celui-là, peut-être un peu sombre et mélancolique naturellement, et rendu tel évidemment par la crainte qu'il avoit de n'être jamais délivré de son mal, l'observoit chaque jour avec l'attention la plus minutieuse. Aucune des moindres variations qui pouvoient survenir en bien ou en mal dans l'état des ulcères ne lui échappoit; aussi habile à désespérer de sa guérison quand ils avoient une mauvaise apparence, qu'à entrevoir l'avenir le plus heureux lorsqu'ils avoient un meilleur aspect. Cette disposition d'esprit du malade m'obligea d'associer au traitement général les topiques et le mode de pansement qui pouvoient le plus contribuer à mettre les ulcères en voie de cicatrisation. J'essayai successivement de divers topiques sans beaucoup d'avantages, observant néanmoins que les émolliens et les corps gras étoient, de tous, les moins convenables. J'avois pansé ces ulcères de sept ou huit manières dif-

férentes, et ils étoient, à très-peu de chose près, dans le même état, lorsque l'idée me vint de tenter l'usage des bandelettes unissantes, auxquelles je pouvois d'ailleurs donner des propriétés médicamenteuses, en choisissant, pour les préparer, telle ou telle autre substance emplastique. Comme j'avois précédemment remarqué que toute substance nouvelle, appliquée sur ces ulcères, produisoit momentanément un bon effet, je pris aussi la résolution de changer fréquemment la composition des bandelettes agglutinatives. Je fis donc succéder d'abord, et j'employai ensuite alternativement et à quelques jours d'intervalle, pour préparer ces bandelettes, le diachylon gommé, l'emplâtre de Nuremberg, et celui de *Vigo cum mercurio*. Ce mode de pansement réussit au-delà de mon attente, surtout pour l'ulcère le plus considérable, qui occupoit la partie moyenne et antérieure de la cuisse. Les bords décollés, que j'avois légèrement ébarbés, se recollèrent aux parties sous-jacentes : la surface de ces ulcères devint vermeille, et le pus louable ; la cicatrisation commença sur tous les points de leur circonférence, et se fit, non avec autant de rapidité que je l'aurois désiré, mais aussi promptement que pouvoit le permettre, et le mauvais état des parties voisines, et l'action sans cesse renaissante du vice intérieur, sur lequel le trai-

tement général n'avoit pu avoir qu'une influence légère, le malade n'ayant encore pris qu'une très-petite quantité de mercure. Lorsque ce gentilhomme anglois fut obligé de quitter Paris, l'ulcère de la partie antérieure de la cuisse n'avoit plus que quelques lignes d'étendue : la guérison des autres étoit moins avancée.

Soit dit ici seulement à l'occasion du fait que je viens de rapporter, et sans avoir égard au fait lui-même, les médecins et les chirurgiens anglois sont, je crois, loin derrière nous, relativement aux maladies vénériennes, et surtout aux maladies vénériennes consécutives. Ils ont été pendant long-temps sur la bonne route pour tout ce qui concerne ce genre d'affections, et s'abandonnent maintenant aux théories les plus obscures : ils croient être sur la voie d'importantes découvertes, et s'enfoncent dans des sentiers tortueux auxquels je n'entrevois pas d'issues. Je voudrois pouvoir exposer les vues, les idées de quelques-uns d'entre eux particulièrement, sur ce qu'ils nomment la *pseudo-syphilis* : j'avois entrepris de le faire, mais j'y ai renoncé. Eux-mêmes conviennent que ces idées sont encore mal assises; eux-mêmes sentent la nécessité d'en appeler encore aux résultats de l'expérience. Je dirai seulement que ce qu'ils pensent pouvoir démontrer, c'est que nombre de maladies contractées dans l'acte vénérien, et

qu'on croit être syphilitiques, sont simplement *vénériennes*, et non *syphilitiques :* c'est que des symptômes d'apparence syphilitique, mais qui ne sont réellement pas tels, sont souvent le résultat de l'administration intempestive du mercure : c'est qu'enfin des ulcères, ou d'autres affections locales scorbutiques, scrophuleuses, ou déterminées par tout autre vice de la constitution, par toute autre modification du *système,* se développent fort souvent chez des individus qui ont été un moment entachés du vice syphilitique, revêtent la physionomie des symptômes que ce vice détermine, de telle manière que leur existence en impose pour celle d'une syphilis chronique ou constitutionnelle.

J'ai un dernier mot à dire sur la méthode de traiter les ulcères par l'application des bandelettes agglutinatives. Peut-être, à la manière dont j'en ai parlé jusqu'ici, ai-je donné à penser qu'elle n'étoit point encore connue de nous, et que j'étois le premier des chirurgiens françois qui l'eût expérimentée. La seule chose vraie, c'est que cette méthode étoit tout-à-fait nouvelle pour moi lorsque je la vis employer dans les hôpitaux de Londres. Quelqu'un de nous en avoit-il connoissance, et l'avoit-il déjà mise en usage ? Je l'ignore. Personne, que je sache du moins, n'en a fait connoître les résultats, bons ou mauvais. Il paroît que, si ce n'est pas cette mé-

thode-là même, c'est une autre qui s'en rapproche, qu'emploie sans règles, sans principes, et d'une manière tout-à-fait empirique, et qu'applique indistinctement à tous les ulcères, un homme connu dans Paris, non pour la guérison, mais pour le traitement des maux de jambe, et dont la réputation est trop populaire pour ne pas avoir des fondemens plus qu'équivoques.

Fractures. Réflexions préliminaires.

La chirurgie françoise est parvenue à un haut degré de perfection dans le traitement des fractures. C'est à Desault principalement que sont dus nos derniers progrès dans cette partie de l'art, à la fois si importante et si étendue. Rien d'essentiel n'y a été ajouté depuis lui ; Desault conservera même parmi nous la gloire d'y avoir opéré une sorte de révolution. Le premier, il a répandu quelque clarté sur les différentes fractures de la mâchoire inférieure. Le premier, il a établi les indications à remplir dans les fractures de la clavicule, pour lutter contre les causes sans cesse renaissantes du déplacement ; et l'appareil qu'il avoit imaginé pour ces fractures, tout imparfait qu'il peut paroître, et malgré les inconvéniens qu'on peut lui reprocher, survivra peut-être à d'autres inventions auxquelles il a servi de modèle.

C'est Desault également qui a simplifié et perfectionné le traitement des fractures du col de

l'humérus. Il a introduit d'utiles modifications dans celui des autres fractures des os du membre supérieur. On doit cependant excepter les fractures de l'olécrâne, pour le traitement desquelles la méthode de Camper, qui consiste à mettre l'avant-bras dans la demi-flexion sur le bras, et à lui imprimer de bonne heure des mouvemens, auxquels on donne par degré plus d'étendue, est bien préférable à l'extension parfaite de ces deux parties du membre l'une sur l'autre, et à leur parfaite immobilité pendant tout le temps nécessaire à la consolidation de l'olécrâne. Dût-il même arriver, en suivant la méthode de Camper, qu'à raison de l'allongement de cette éminence, l'avant-bras ne pût pas être porté dans une extension aussi forte, aussi complète que celle dont il jouissoit avant la fracture, on peut à peine compter cela comme un inconvénient : le mouvement essentiel de l'articulation du coude, pour les usages que remplit le membre supérieur, c'est la flexion ; une extension parfaite de l'avant-bras sur le bras est à peu près inutile ; on remarque même que naturellement elle n'a pas lieu chez le plus grand nombre des individus dont le système musculaire est fortement développé. Comme, dans les membres inférieurs, au contraire, l'extension du genou n'est pas moins utile que la flexion pour la station et la progression, un

allongement un peu considérable de la rotule, après une fracture transversale de cet os, est une cause de difficulté, et quelquefois même de difficulté très-grande dans les mouvemens du membre : on doit donc travailler le plus possible à prévenir cet allongement de la rotule. Sous ce rapport, le traitement des fractures de cet os exige une toute autre attention que celui des fractures de l'olécrâne ; il doit être dirigé d'après des principes sinon opposés, du moins assez différens. En général, on a trop assimilé la rotule à l'olécrâne, ou celle-ci à la rotule : cet os et cette apophyse ont bien quelque chose d'analogue dans leur destination respective ; mais chacun d'eux aussi a des usages qui lui sont particuliers. De même, les fractures de l'un et de l'autre, comparables sous quelques rapports, diffèrent beaucoup entre elles sous quelques autres.

Desault a été plus heureux ou mieux inspiré, lorsqu'assimilant les fractures de la rotule à des plaies transversales de la partie antérieure de la cuisse dans lesquelles les muscles de cette région auroient été divisés profondément, il a proposé pour leur traitement, le simple bandage unissant des plaies en travers. En effet, cet appareil appliqué avec le soin et les précautions convenables, remplit, non pas aussi parfaitement qu'on pourroit le désirer, mais aussi

bien qu'il est possible, l'objet qu'on se propose; c'est-à-dire, qu'avec cet appareil on parvient, sinon à mettre et à maintenir dans un contact immédiat les deux fragmens d'une fracture transversale de la rotule, mais à diminuer beaucoup l'intervalle qui les séparoit d'abord, et à faire que la consolidation de la fracture s'effectue sans un allongement trop considérable de la rotule.

Qui a fait revivre parmi nous pour les fractures du col du fémur et pour quelques-unes de celles du corps de cet os, l'extension continuelle? Desault encore. On sait que depuis le père de la médecine, qui la recommande expressément, l'extension continuelle a éprouvé plusieurs alternatives de faveur et de discrédit. Desault la trouva encore une fois abandonnée : en la tirant de l'oubli dans lequel elle étoit tombée, et en imaginant pour cette extension un appareil, défectueux à la vérité, mais qui a conduit à des inventions plus parfaites, Desault a rendu à l'art un important service.

Enfin, quels heureux changemens le même chirurgien célèbre n'a-t-il pas apporté dans nos appareils contentifs pour celles des fractures de la cuisse qui n'exigent pas l'extension continuelle du membre, et pour les fractures de la jambe! Il a remis en usage, pour la compression immédiate du membre fracturé, le bandage de

Scultet, bandage si simple, si bien approprié au but qu'on se propose, d'entretenir cette compression à peu près au même degré, sans imprimer au membre aucun mouvement, qu'il est étonnant qu'on lui ait pendant si long-temps préféré le bandage roulé et le bandage à dix-huit chefs. Aux fanons et faux fanons, moyens destinés à soumettre le membre à une seconde compression, à le maintenir dans sa direction naturelle, à le soustraire à l'action des causes extérieures qui pourroient changer le rapport des fragmens, et à assurer ainsi l'exacte coaptation et l'immobilité de ces fragmens, Desault a substitué les attelles, dont l'usage, plus efficace que celui des fanons et faux fanons, est rendu exempt de tout inconvénient, par les remplissages qu'on interpose entre elles et le membre couvert du bandage de Scultet.

Tous ces changemens introduits dans l'art de traiter les fractures, qui nous semblent autant d'innovations utiles, n'ont pas paru tels aux chirurgiens anglois; et pour les avoir rejetés, ou ne les avoir adoptés qu'imparfaitement, ils sont restés loin de nous dans cette partie importante de la thérapeutique chirurgicale. Les chirurgiens anglois professent même, relativement à quelques fractures, certaines opinions qui conduisent à une pratique défectueuse. C'est ainsi qu'ils considèrent encore comme impossible la

Les chirurgiens anglois sont loin de nous pour le traitement des fractures.

consolidation des fractures du col même du fémur, c'est-à-dire, des fractures placées entre les trochanters et la tête du fémur, en dedans de l'insertion du ligament capsulaire, le fragment interne qui comprend la tête du fémur et une portion du col qui la supporte n'ayant aucune connexion avec ce ligament. La conséquence naturelle de cette opinion, c'est que de telles fractures du col du fémur doivent être abandonnées à elles-mêmes : inutilement travailleroit-on à ramener le membre à sa longueur naturelle, ou seulement à le maintenir dans l'immobilité; ce n'est que dans les fractures qui sont hors de l'articulation, et dans lesquelles le fragment interne est embrassé par la totalité ou par une partie de la capsule fibreuse articulaire, qu'il faut chercher à remplir l'une de ces indications, puisque, parmi les diverses fractures réunies sous la dénomination commune de fractures du col du fémur, celles-là seules sont susceptibles de consolidation. Nous croyons, au contraire, ou plutôt il est démontré pour nous, que la nature opère également la consolidation des fractures du col même du fémur, mais avec cette circonstance assez singulière, et que j'ai presque constamment observée, c'est que ce col du fémur consolidé après une fracture est déformé et raccourci : la tête de l'os est très-rapprochée des trochanters. Outre cela, en

sciant la tête du fémur, le col et le grand trochanter, d'une manière convenable pour observer l'état intérieur du cal, ou la trace de la consolidation, cette trace présente une ligne courbe dont la concavité est tantôt du côté de la tête du fémur, et d'autres fois du côté de la base du cal. On diroit que, dans le principe de la fracture, les fragmens se correspondoient par des surfaces, l'une convexe, l'autre concave : mais je crois plutôt que cette disposition est l'effet d'un changement qui s'effectue dans les surfaces de la cassure pendant le travail de la consolidation. Ce qu'il y a de vrai relativement aux fractures du col même du fémur, et ce qui se rapporte jusqu'à un certain point à l'opinion des chirurgiens anglois, sans la justifier néanmoins, c'est que dans ces fractures la parfaite soudure des fragmens se fait un peu plus attendre que dans les fractures qui sont hors de l'articulation : c'est aussi que dans celles-là plus que dans ces dernières, l'âge très-avancé ou une extrême débilité du sujet peut être un obstacle à la consolidation. Etant à Londres, j'avois pris avec M. Cooper l'engagement de lui faire parvenir une pièce d'anatomie pathologique, qui fût propre à dissiper le doute dans lequel il étoit, et qu'il partage avec les autres chirurgiens anglois, sur la possibilité de la consolidation des fractures du col même du fémur. Une

première que je lui adressai n'a pas suffi pour le faire changer d'opinion : la trace de la consolidation lui a paru indiquer une fracture telle que le fragment interne avoit dû avoir vers sa partie inférieure quelque connexion avec le ligament capsulaire. Les circonstances n'ont plus permis que je lui fisse parvenir d'autres pièces anatomiques, qui démontrassent mieux encore la possibilité de la consolidation des fractures du col même du fémur.

J'aurois compté pour peu de chose l'erreur des chirurgiens anglois relativement aux fractures du col du fémur, et peut-être même n'en eussé-je pas fait mention, si je n'avois pas eu à faire des remarques critiques sur leur manière de traiter les diverses autres fractures. C'est surtout dans les fractures des membres inférieurs, j'entends dire dans celles de la partie moyenne du fémur, et dans les fractures de la jambe, que leur pratique m'a paru de beaucoup inférieure à la nôtre ; et cependant c'est dans ces fractures qu'on doit le plus chercher à donner aux procédés de l'art la plus grande perfection : car une difformité plus ou moins choquante, quelquefois même une claudication produite par le raccourcissement du membre qui a été fracturé, est le résultat de leur consolidation vicieuse. Il faut ajouter qu'après celles de l'humérus, les fractures de la cuisse et de la jambe

sont celles qui ont le plus de tendance à se convertir en articulations contre-nature.

Réduire une de ces fractures, n'est rien dans beaucoup de cas, ou du moins n'est-ce autre chose que donner au membre fracturé la position dans laquelle il doit être maintenu pendant tout le temps nécessaire à la formation du cal, et faire la première application d'un appareil contentif. Le traitement consécutif est bien autrement essentiel ; et ce traitement consiste à lever de temps à autre l'appareil destiné à comprimer le membre, à affoiblir l'action des muscles, et à lutter incessamment contre les causes éventuelles du déplacement des fragmens. En levant ainsi l'appareil contentif d'une fracture de la cuisse ou de la jambe, fréquemment jusqu'à l'époque à laquelle la consolidation commence à se faire, plus rarement ensuite, on se met à même de constater le bon état du membre, et de remédier, s'il en est temps encore, à quelque imperfection dans le rapport des fragmens.

Pour ce qui concerne l'appareil contentif, nous croyons, ainsi que je l'ai déjà dit, avoir porté l'art au dernier degré de perfection en adoptant l'ancien bandage de Scultet, et en employant les attelles plates avec des remplissages. Un tel appareil a, dans ses diverses parties, toute la solidité qu'on peut désirer : il peut être levé et

réappliqué aussi souvent que le cas le requiert, tous les jours même si les circonstances l'exigent, sans qu'il soit besoin d'imprimer au membre fracturé aucun mouvement. Et quant à la position du membre, autre chose essentielle dans le traitement des fractures, surtout dans celles des membres inférieurs, nous avons conservé la position qu'on nomme horizontale, position telle que le membre touche le plan sur lequel il repose par sa face postérieure, et que les articulations de la jambe avec la cuisse, et de la cuisse avec le bassin sont dans une extension à peu près parfaite. Le membre est ainsi maintenu dans une direction parallèle à l'axe du corps, à l'exception du pied, qui est assujéti à angle droit sur la jambe. C'est surtout dans les fractures de la cuisse qu'il nous paroît indispensable que le membre soit tenu dans l'extension, c'est-à-dire dans une direction parallèle à l'axe du corps. Dans les fractures de la jambe, on peut, au contraire, afin de prévenir une trop grande roideur de l'articulation du genou, mettre la partie fracturée sur un plan toujours horizontal, mais tant soit peu élevé au-dessus de la cuisse, ce qui ne peut avoir lieu sans que celle-ci soit légèrement fléchie sur le bassin.

De la position demi-fléchie du membre inférieur dans les fractures de la jambe et dans celles de la cuisse.

Je ne crois pas qu'il y ait maintenant en France un seul bon chirurgien qui soit partisan de la méthode de Pott dans le traitement des fractures

de la jambe et de la cuisse, méthode qui consiste à mettre chacune de ces parties dans un état de demi-flexion, soit pour la réduction même d'une fracture accompagnée de déplacement, soit après que cette réduction est opérée, et de plus, à faire reposer le membre horizontalement sur le côté externe pendant tout le temps nécessaire à la formation du cal. La position demi-fléchie du membre inférieur dans les fractures de la jambe ou de la cuisse, n'est utile, et n'offre des avantages réels que dans quelques fractures compliquées de plaies tellement situées, que pour les pansemens journaliers de ces plaies, il faudroit soulever le membre, s'il avoit été placé dans une parfaite extension. En le mettant dans une position demi-fléchie, et le faisant reposer sur le côté externe, on évite de lui imprimer des mouvemens qui feroient éprouver au malade de la douleur, et contrarieroient la nature dans le travail de la consolidation. La position demi-fléchie du membre est utile dans des cas de ce genre, comme le seroit la position horizontale, ou plutôt parallèle à l'axe du corps, dans d'autres, si l'on supposoit que la première fût la plus généralement consacrée dans le traitement des fractures du membre inférieur. Autrement, et dans les cas simples, dans les cas les plus ordinaires de fractures de la jambe ou

de la cuisse, la position demi-fléchie du membre est loin de présenter les avantages qu'on lui a attribués.

Supposé qu'ainsi que Pott l'a prétendu, elle soit un moyen de vaincre l'obstacle qu'oppose la contraction spasmodique des muscles à la réduction de certaines fractures, surtout de fractures obliques, accompagnées d'un raccourcissement plus ou moins considérable du membre, est-ce donc là un si grand avantage? Qui ne sait que le spasme des muscles, quelque considérable qu'il soit d'abord, ne persiste plus au-delà de quelques jours, et qu'il cède au repos de la partie affectée, à l'application de topiques émolliens, ou légèrement narcotiques, si surtout on a soin d'affoiblir les malades par une diète plus ou moins sévère, par des saignées répétées en raison de leur âge et de leur constitution? On peut d'autant mieux attendre que le spasme des muscles ait cessé pour réduire complétement une fracture, qu'une exacte coaptation des fragmens d'un os fracturé, dès l'instant où la continuité en a été interrompue, n'est d'aucun avantage, ni pour le travail préparatoire à la consolidation, ni pour la consolidation elle-même. En effet, il n'en est pas des fractures comme des plaies des parties molles. Dans une plaie dont on peut tenter, et dont on espère obtenir la réunion sans suppuration, il

y a tout à gagner à ce que les bords en soient promptement mis en contact : quelques jours, pendant lesquels une telle plaie seroit abandonnée à elle-même, et pendant lesquels, à plus forte raison, elle auroit été couverte ou remplie de corps étrangers, suffiroient pour rendre la réunion par première intention impossible, et la suppuration inévitable, parce que, par quelque voie qu'on mette la nature à même de procéder à la guérison des plaies, les phénomènes qui amènent cette guérison se développent et se succèdent avec rapidité. Dans les fractures, au contraire, le retard qu'on peut apporter à mettre dans une parfaite coaptation les fragmens d'un os fracturé, ne fait pas que la consolidation ait lieu d'une manière plutôt que d'une autre : le mécanisme de cette consolidation est un : et comme, d'un autre côté, le travail préparatoire à la formation du cal embrasse un assez long espace de temps, on peut dire qu'avant une époque assez éloignée du moment où une fracture a été produite, la réduction de cette fracture n'est pas urgente ; on peut presque impunément retarder jusqu'à cette époque pour rendre aussi exacte que possible la coaptation des fragmens, et les maintenir dans une parfaite immobilité.

La position demi-fléchie de la cuisse sur le bassin, et de la jambe sur la cuisse, n'offre pas

plus d'avantages pour le traitement consécutif à la réduction des fractures de l'un de ces membres que pour la réduction elle-même. Inutilement diroit-on que, par cette position du membre, tous les muscles qui ont pu contribuer au déplacement primitif de la fracture, et dont l'action sans cesse renaissante pourroit y donner lieu consécutivement, étant mis dans un état moyen de relâchement et de contraction, on affoiblit beaucoup l'une des causes de ce déplacement consécutif. Cela ne pourroit être que relativement aux fractures obliques, qui sont presque les seules dans lesquelles l'action musculaire tende nécessairement à faire chevaucher l'un sur l'autre les fragmens : mais dans ces fractures même, la tendance au déplacement par l'action des muscles est bien plus efficacement combattue par une compression exacte et uniforme du membre, telle que celle qui résulte de l'application de nos appareils ordinaires, que par la position du membre dans la demi-flexion.

Inutilement aussi diroit-on en faveur de cette méthode qu'après la consolidation d'une fracture de la cuisse ou de la jambe, pour laquelle elle a été employée, le jeu des articulations qui sont au-dessus et au-dessous du membre fracturé se rétablit plus promptement que lorsque ce membre a été mis dans une parfaite extension.

Pour comprendre combien cet avantage est imaginaire, il faut se rappeler deux choses : la première, que quelle que soit l'attitude d'une articulation qui doit être maintenue pendant long-temps dans une parfaite immobilité, cette articulation contracte toujours une roideur plus ou moins considérable, et passe pour un temps à cet état qu'on nomme fausse ankilose ; la seconde, que dans les fractures de l'une des deux parties principales du membre inférieur, l'articulation qui est au-dessous du membre même fracturé est toujours celle dont la roideur est le plus marquée, et dont les mouvemens se rétablissent avec le plus de lenteur : ainsi, après une fracture de la jambe, le genou recouvre assez promptement la liberté de ses mouvemens naturels ; c'est bien plus tard que ceux de l'articulation du pied se rétablissent : ainsi, après une fracture de la cuisse, presque du moment que le malade commence à se soutenir sur des béquilles, il peut faire mouvoir la cuisse sur le bassin ; ce n'est souvent qu'après plusieurs mois que le genou a recouvré la liberté de ses mouvemens. Eh bien, il est évident que dans une fracture de la jambe, la position demi-fléchie de ce membre sur la cuisse ne peut rien faire pour qu'après la consolidation de la fracture l'articulation du pied recouvre plus promptement ses mouvemens naturels,

puisque le pied n'est pas placé autrement que si la jambe étoit dans une parfaite extension sur la cuisse : dans l'une comme dans l'autre attitude de la jambe, le pied est maintenu fléchi à peu près à angle droit. Il n'en est pas de même du genou après une fracture de la cuisse. Si l'on a employé la position demi-fléchie, la jambe, après la consolidation de la fracture, reste immobile sur la cuisse dans un état de flexion : or, le genou, à cet état, ne recouvre pas plutôt la liberté du mouvement d'extension qu'il ne recouvre la liberté du mouvement de flexion quand, pour le traitement de la fracture, la jambe a été tenue dans l'extension sur la cuisse : les malades éprouvent, en outre, le désagrément d'avoir leur membre suspendu tant que dure la fausse ankilose du genou, et de ne pouvoir qu'assez tard poser le pied sur le sol.

Ainsi donc la demi-flexion de toutes les parties du membre inférieur dans les fractures de la cuisse et de la jambe, n'a point les avantages qui l'ont fait tant recommander par Pott, et qui la firent adopter dans le temps par quelques chirurgiens françois. Il y a plus ; à moins que quelque circonstance particulière dans les fractures compliquées de plaies ne la rende indispensable, elle a un grand inconvénient : toutes les parties du membre inférieur étant demi-fléchies dans une fracture de la cuisse

ou de la jambe, il est difficile de s'assurer de temps à autre si la partie même fracturée conserve bien sa longueur, sa direction, en un mot, sa conformation naturelle ; on risque bien plus qu'en mettant le membre dans une parfaite extension, d'obtenir une consolidation difforme. Cela est surtout à craindre dans les fractures de la cuisse, pour lesquelles d'ailleurs la position demi-fléchie offre cet autre inconvénient, qu'elle oblige à faire agir l'appareil contentif sur la cuisse seulement, et à ne pas étendre les attelles sur la jambe.

Les chirurgiens anglois emploient cette position demi-fléchie.

Malgré tant et de si puissantes raisons pour rejeter du traitement des fractures du membre inférieur la position demi-fléchie des diverses parties de ce membre, et pour lui préférer la situation parallèle à l'axe du corps, la première est généralement adoptée par les chirurgiens anglois. C'est une première imperfection dans leur manière de traiter les fractures du membre inférieur. Pour les fractures de la cuisse en particulier, ils ajoutent encore aux inconvéniens déjà si grands que je reproche à la position demi-fléchie, en tenant la cuisse fléchie directement sur le bassin, le membre fracturé n'appuyant pas immédiatement sur la couche du malade, et celui-ci restant couché sur le dos. Je n'assurerai pas que cette manière d'employer la demi-flexion pour les fractures du membre in-

férieur, et en particulier pour celles de la cuisse, soit suivie par tous les chirurgiens anglois absolument, ni même qu'elle soit consacrée dans tous les hôpitaux de Londres; mais dans plusieurs de ces hôpitaux, j'ai vu sur des malades auxquels il avoit été appliqué, et l'on m'a montré plus en détail, un petit appareil mécanique, assez simple toutefois dans sa composition, au moyen duquel tout le membre inférieur est comme suspendu et détaché du plan sur lequel repose le corps du malade, la jambe étant fléchie directement sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin. Cet appareil est destiné en même temps à assujettir les fragmens de l'os fracturé, dans un rapport favorable à la consolidation. C'est un assemblage d'attelles creuses, formant ensemble une large et longue gouttière, brisée dans le point qui doit correspondre au jarret: les deux parties, ainsi jointes à charnières, ont un support commun, au moyen duquel elles sont tenues inclinées l'une sur l'autre, à un degré plus ou moins considérable, en même temps que ce support donne à tout l'appareil la stabilité convenable. Quand j'ai dit que, dans une fracture de la cuisse, tenir cette partie du membre inférieur fléchie directement sur le bassin, et tout le membre comme suspendu, c'étoit ajouter aux inconvéniens de la position demi-fléchie, j'ai avancé une chose qui se prouve d'elle-même. N'est-il

pas évident, en effet, que s'il s'agit surtout d'une de ces fractures obliques, dans lesquelles y a une si grande disposition au chevauchement des fragmens l'un sur l'autre, le poids même du fragment inférieur favorise ce chevauchement: cela n'a pas lieu lorsque le membre est mis dans la situation horizontale, soit que la cuisse soit étendue sur le bassin, ou bien même qu'elle soit à demi-fléchie sur le bassin, tout le membre reposant sur le côté externe.

Nos appareils pour les fractures du membre inférieur corrigent ou corrigeroient jusqu'à un certain point les inconvéniens attachés à la demi-flexion du membre. Ceux qu'emploient les chirurgiens anglois ne font, au contraire, qu'y ajouter, et sont une autre imperfection dans leur manière de traiter ces fractures. Ils emploient le bandage roulé, par-dessus lequel ils appliquent immédiatement des attelles creuses, modelées sur la forme du membre: mais ces attelles, avec quelque soin qu'elles soient travaillées, (et j'avoue qu'il n'y a rien à reprocher, sous ce rapport, à celles dont se servent les chirurgiens anglois) ne peuvent jamais être si parfaitement accommodées à la forme du membre, que celui-ci soit soumis à une pression égale sur tous les points de sa surface. D'un autre côté, le bandage roulé, comme le

bandage à dix-huit chefs, et comme le bandage à bandelettes isolées, autrement appelé *bandage de Scultet*, se relâche; comme ceux-ci, il n'est de quelque utilité, qu'autant qu'on le réapplique souvent : mais tandis qu'on réapplique aisément le bandage de Scultet, même le bandage à dix-huit chefs, si défectueux sous d'autres rapports, sans mouvoir le membre fracturé, on ne peut ôter et remettre la bande qui sert à faire le bandage roulé, sans soulever le membre, sans imprimer aux fragmens des mouvemens, qui, quelque foibles qu'ils soient, nuisent toujours au travail de la consolidation. Il paroît que, pour éviter cet inconvénient, les chirurgiens anglois renouvellent très-rarement l'appareil dans le traitement des fractures de la cuisse ou de la jambe, qu'ils examinent à peine quelquefois le membre fracturé pendant tout le temps nécessaire à la formation du cal. Mais il doit résulter de cette négligence que le membre est mal assujéti dans l'appareil : il est difficile que les fragmens ne soient pas un peu mobiles l'un sur l'autre, et par cela même disposés à céder aux causes de déplacement. Je crois en conséquence que les chirurgiens anglois doivent bien rarement obtenir la guérison des fractures du membre inférieur avec aussi peu de difformité qu'il est possible. Il est probable qu'ils voient très-souvent des consolidations tardives.

Je soupçonne enfin que la pseudarthrose, c'est-à-dire la conversion d'une fracture en une fausse articulation, est un accident qu'ils ont plus souvent que nous l'occasion d'observer. C'est pour nous, chirurgiens françois, une chose si rare, de voir une fausse articulation succéder à une fracture, qu'il y a plusieurs années qu'on n'a pratiqué en France l'opération de White, c'est-à-dire, la resection des fragmens de l'os non consolidé; et que depuis quelques années aussi qu'un chirurgien de Philadelphie, Physick, a conçu l'ingénieuse idée du traitement de la pseudarthrose, par l'interposition et le séjour momentané d'un séton entre les bouts de l'os non consolidé, pour y exciter l'inflammation adhésive, cette opération n'a été pratiquée, que je sache du moins, par aucun chirurgien françois.

Si j'en juge, au contraire, par ce que j'ai observé pendant le court séjour que j'ai fait à Londres, cette dernière opération, qu'avec raison les chirurgiens anglois préfèrent à la première, leur est assez familière; ce qui suppose la fréquence assez grande des fausses articulations. Je ne suis resté qu'un mois à Londres: eh bien, pendant ce temps, l'occasion s'est présentée à M. Charles Bell d'employer la méthode de Physick sur un enfant qui avoit une fausse

articulation consécutive à une fracture de la jambe : je fus même témoin de l'opération. En même temps, je vis à l'hôpital Saint-Georges un homme sur lequel l'opération avoit été pratiquée à la cuisse depuis trois semaines seulement. C'étoit pour la seconde fois que M. Brodie, qui est pourtant un chirurgien assez jeune encore, l'avoit faite : il l'avoit pratiquée une première fois peu de temps auparavant, pour une fausse articulation de la cuisse également. Peut-être pensera-t-on que les chirurgiens anglois se décident assez légèrement à cette opération, qu'ils la pratiquent dans des cas de fractures qui seulement ne sont pas consolidées à l'époque à laquelle elles devroient l'être, sans qu'elles soient pour cela converties définitivement en fausses articulations, et lorsque peut-être on pourroit en obtenir la consolidation en insistant sur les moyens ordinaires de traitement des fractures. Mais non ; on va bientôt voir que dans les cas dont j'ai eu connoissance, où l'on a cru devoir recourir à l'emploi du séton, ce moyen étoit indiqué, parce qu'il y avoit bien réellement fausse articulation. Et ce que je disois d'abord qu'on pourroit supposer, fût-il vrai, comme il ne l'est pas, au contraire, il resteroit encore pour certain que la consolidation tardive des fractures est un événement plus

ordinaire dans la pratique des chirurgiens anglois que dans la nôtre.

Faits relatifs aux fausses articulations consécutives aux fractures, et à l'opération suivant la méthode de Physick.

Le malade sur lequel j'ai vu pratiquer par M. Charles Bell l'opération suivant la méthode de Physick, pour une fausse articulation de la jambe, étoit un jeune garçon de six ans : il y avoit trois ans que la fausse articulation existoit. La fracture avoit été oblique ; et sans qu'il y eût un chevauchement réel des deux fragmens du tibia l'un sur l'autre, l'inférieur néanmoins faisoit une légère saillie au-devant du supérieur. On ne pouvoit pas distinguer le mode de rapport des fragmens du péroné. Je crois me rappeler une chose ; c'est que dans les premiers temps de l'accident qui avoit donné lieu à la fracture, l'enfant fut traité pour une simple contusion : un chirurgien mal habile méconnut la fracture, qui fut abandonnée a elle-même. S'il en a été ainsi, il faut retrancher ce cas du nombre de ceux qui tendroient à démontrer l'imperfection de la méthode des chirurgiens anglois dans le traitement des fractures. M. Bell n'engagea un séton qu'entre les deux fragmens du tibia. Pour cela, il fit d'abord à la peau, et aux autres parties molles sous-jacentes, une très-petite incision en dehors de la fausse articulation : puis il passa le séton entre les fragmens, au moyen d'une aiguille très-forte, très-peu recourbée, ayant une lon-

gue tige montée sur un manche, et son chas percé près de la pointe; aiguille, en un mot, qui ne différoit guère de celle de M. Deschamps pour l'opération de l'anévrisme, qu'en ce que la courbure, moins marquée que celle de cette dernière, se trouvoit dans le sens de la longueur de la tige. La peau et les autres parties qui se trouvoient du côté interne de la fausse articulation, furent percées de dedans en dehors avec cet instrument. Le corps engagé entre les fragmens, et destiné à y susciter par sa présence une inflammation adhésive, étoit une mèche composée de quinze ou vingt brins de fil de soie. Cette mèche n'avoit que la longueur suffisante pour que ses extrémités pussent être bouclées sur la partie antérieure de la jambe; ce qui indiquoit qu'elle ne devoit pas être changée, c'est-à-dire qu'on ne devoit pas en engager chaque jour, ou tous les deux jours, une nouvelle portion entre les fragmens, comme on le fait, au contraire, pour la mèche destinée à entretenir cette espèce d'exutoire qu'on nomme un séton. On devoit tout au plus lui imprimer de temps à autre des mouvemens d'allée et de venue, afin d'augmenter par le frottement l'irritation des surfaces de la fausse articulation. M. Bell fit cette opération dans les derniers temps de mon séjour à Londres. J'oubliai de le prier de m'en faire connoître les suites ; en

sorte que je ne puis dire, ni si la présence de la mèche a causé quelques accidens, ni combien de temps elle a été laissée entre les fragmens du tibia, ni enfin quels ont été les résultats définitifs de l'opération.

Je puis donner une relation un peu plus détaillée de chacun des deux cas dans lesquels la même opération a été faite par M. Brodie, à l'hôpital Saint-Georges. C'étoit, dans les deux cas, pour une fausse articulation de la cuisse. Voici l'histoire du premier, telle que me l'a communiquée M. Brodie.

Un jeune homme de la campagne, âgé de douze ans, eut les deux cuisses fracturées par la roue d'une voiture sous laquelle il étoit tombé. Cet accident eut lieu le 30 décembre 1812. Du côté gauche, la fracture étoit double, et cependant la consolidation ne se fit pas attendre au-delà du temps ordinaire. Il n'y avoit à la cuisse droite qu'une seule fracture : elle étoit à la partie moyenne du fémur. Bien que traitée comme celle de la cuisse gauche, cette fracture ne se consolida point. L'enfant avoit été tenu au lit jusqu'au jour où il fut amené à l'hôpital Saint-Georges : c'étoit le 2 juin 1813, cinq mois juste après son accident. A cette époque, le membre étoit tant soit peu plus court que l'autre : le bout supérieur de l'os fracturé étoit au-devant de l'inférieur : il y avoit entre les

deux fragmens une très-grande mobilité. Sous tout autre rapport, l'enfant jouissoit de la meilleure santé. M. Brodie considéra la fausse articulation comme définitivement établie, et se décida à entreprendre de la guérir par l'interposition d'un séton entre les surfaces contiguës des deux fragmens.

L'opération fut faite le 14 juin, et à très-peu près de la même manière que je l'avois vu pratiquer à M. Bell. A la faveur d'une incision longitudinale faite à la partie interne de la cuisse, vers le point correspondant à la fracture, une longue aiguille à séton fut engagée entre les deux bouts de l'os, traînant après elle une mèche de fils de soie cirés. L'instrument, qui fut retiré par le côté externe de la cuisse après avoir traversé les chairs de dedans en dehors, avoit glissé facilement entre les surfaces contiguës des deux fragmens du fémur : je n'éprouvai pas même, dit M. Brodie, dont je traduis littéralement l'observation qu'il a bien voulu m'adresser, je n'éprouvai pas même, dit-il, la résistance qu'auroit pu opposer une substance molle développée entre ces fragmens ; ce qui me donna lieu d'être convaincu qu'il y avoit une fausse articulation parfaitement formée.

Après l'opération, il survint dans le membre une douleur assez vive, qui ne dura cependant que quelques heures. L'inflammation consécu-

tive ne fut pas très-considérable. Le malade resta au lit, ayant seulement son membre étendu sur un paillasson, jusqu'au 25 juillet, époque à laquelle des attelles furent appliquées sur les côtés du membre ; alors aussi le malade commença à marcher avec des béquilles.

Il y a peut-être ici, dans l'observation que je traduis, une erreur de date ; mais que cette erreur existe ou n'existe pas, M. Brodie me paroît avoir commis une faute grave que je ne puis m'empêcher de faire remarquer. Si j'avois fidèlement traduit ce dernier passage de l'observation de M. Brodie, j'aurois dit que c'étoit le 25 juin, onze jours seulement après l'introduction du séton, que des attelles ayant été appliquées sur le membre, le malade commença à marcher avec des béquilles ; mais j'ai pensé que M. Brodie avoit voulu dire le 25 juillet. En effet, je conçois qu'à la rigueur le membre a pu rester jusqu'à cette époque sans être assujetti avec des attelles : je ne conçois pas, au contraire, que onze jours seulement après avoir engagé un séton entre les surfaces d'une fausse articulation de la cuisse, on permette au malade de se lever et de marcher, même avec des béquilles. Si ce n'est, comme je le pense, que le 25 juillet, c'est-à-dire près de six semaines après l'opération, que le malade a commencé à sortir du lit, en même temps que des attelles

ont été appliquées sur le membre, pourquoi avoir tardé jusqu'à cette époque à faire concourir avec la présence du séton entre les fragmens de l'os non consolidé, l'application d'un appareil destiné à maintenir le membre dans une parfaite immobilité ?

Quoi qu'il en soit, un mois après l'opération, l'union des deux fragmens du fémur avoit déjà commencé. Le 2 août, elle étoit plus avancée : le bandage fut laissé en place, et le 10 du même mois, le petit malade put marcher avec une seule béquille, en appuyant même sur le sol le pied du membre qui avoit été le siége de la fausse articulation.

Cependant, le 30 août, il survint dans ce même membre un érysipèle, qui, des environs des plaies traversées par le séton, s'étendit à une grande partie de la jambe et de la cuisse. C'est alors seulement que le séton fut retiré : il fallut de nouveau tenir au lit le malade, que cet érysipèle affoiblit à tel point, qu'il lui fut impossible de marcher pendant le temps qu'il resta encore à l'hôpital. Il en sortit le 20 septembre. On l'envoya à la campagne, espérant que le bon air contribueroit à son prompt rétablissement. A cette époque, toutefois, la fausse articulation n'existoit plus ; les deux bouts de l'os étoient réunis, mais non encore aussi solidement qu'ils auroient pu l'être, et qu'ils l'ont

été par la suite : il paroissoit que la substance intermédiaire au moyen de laquelle s'étoit faite leur soudure, n'étoit pas complétement ossifiée.

Depuis l'instant qu'il cessa d'être confié aux soins de M. Brodie, ce petit malade fut suivi et observé avec attention par M. Lucas, jeune chirurgien instruit, qui avoit même été témoin de l'opération faite à l'hôpital Saint-Georges, où il étoit alors étudiant, et qui a transmis à M. Brodie les détails suivans. Après un court séjour à la campagne, le malade put marcher assez bien ; mais l'état de foiblesse dans lequel l'avoit jeté sa dernière maladie, et plus que cela encore la crainte qu'il avoit de tomber, l'empêchèrent de se hasarder à marcher sans l'aide d'un bâton aussitôt qu'il l'auroit pu. Dans l'hiver suivant, qui fut très-rigoureux, ce jeune homme fut pris d'un rhumatisme des plus violens, qui le retint au lit très-long-temps, et qui donna lieu à une rétraction permanente des membres inférieurs.

Les derniers renseignemens communiqués à M. Brodie par M. Lucas, sur l'état de ce jeune homme, et par lesquels aussi M. Brodie termine l'observation qu'il m'a remise, sont du mois de juillet de l'année dernière (1814). A cette époque, la rétraction des membres inférieurs rendoit le malade impotent ; mais on

ne distinguoit pas le plus léger mouvement là où la fracture avoit existé : le fémur étoit parfaitement consolidé.

L'individu qui est le sujet de l'observation qu'on vient de lire, étoit un enfant de douze ans. A cet âge, il ne faut pas plus de six semaines pour qu'une fracture du fémur soit consolidée : et comme, chez cet enfant, près de six mois s'étoient écoulés depuis l'accident qui avoit donné lieu à la fracture, lorsque M. Brodie jugea convenable de placer un séton entre les fractures du fémur, je crois qu'il y avoit réellement pseudarthrose. Mais si le sujet eût été un adulte, je dirois que M. Brodie s'étoit un peu hâté d'en venir à l'opération qu'il a pratiquée. Chez un sujet adulte, une fracture non consolidée après cinq ou six mois, n'est pas définitivement convertie en fausse articulation : la nature peut encore travailler efficacement à la formation du cal, sans que l'art y participe autrement que par l'application prolongée d'un appareil contentif ordinaire, ou par le secours d'un appareil à extension continuelle. Cela est démontré par beaucoup de faits. J'en rapporterai un que j'ai recueilli tout récemment.

Un homme attaché au ministère de la police, dans la force de l'âge, et d'une constitution presque athlétique, eut la cuisse gauche frac-

turée au mois de février dernier. La fracture étoit un peu oblique, et avoit son siége à la partie moyenne du fémur. Cet homme fut confié aux soins de deux chirugiens instruits : moi-même, je fus prié de le voir, et j'assistai trois ou quatre fois à la réapplication de l'appareil, pendant les deux mois ou deux mois et demi qu'il fut soumis au traitement ordinaire des fractures de la cuisse. J'observai toutefois une chose; c'est que dès les premiers temps de l'existence de la fracture, et quoique le bandage de Scultet fût étendu jusque près des malléoles, le pied, la jambe et le genou devinrent le siége d'un gonflement œdémateux, avec couleur livide de la peau. Ce gonflement persista jusqu'à l'époque à laquelle le travail de la consolidation commença : il tenoit sans doute à la même cause qui rendit si tardive cette consolidation; c'étoit un autre effet visible de l'extrême débilité dont le membre avoit été frappé accidentellement. Après deux mois et demi d'un traitement méthodique, la nature n'avoit encore rien fait pour la consolidation du fémur : les fragmens étoient presque aussi mobiles l'un sur l'autre qu'ils avoient pu l'être dans les premiers instans de la fracture. Je jugeai qu'il étoit convenable d'en venir à l'application d'un appareil à extension continuelle, pour combattre le léger chevauchement des fragmens, et maintenir le membre

dans la plus parfaite immobilité. Afin de pouvoir mieux diriger l'emploi de ce moyen, je fis entrer le malade à la Charité. Je lui mis la machine extensive de M. Boyer, dont nous faisons usage fréquemment et avec beaucoup de succès : je pris même la précaution d'appliquer préalablement sur tout le membre un bandage roulé, et d'affermir la cuisse avec des cartons. Deux mois s'écoulèrent encore, après lesquels le travail de la consolidation n'avoit fait aucun progrès. Nous ne désespérâmes pas cependant d'obtenir cette consolidation. La machine à extension continuelle fut appliquée de nouveau, ainsi que le bandage roulé, avec des attelles de carton sur la cuisse; et nous cherchâmes à seconder leur effet par l'usage intérieur des toniques et le secours d'une nourriture aussi substantielle qu'il est possible de la procurer dans les hôpitaux. Le malade, qui répondit à nos soins par une extrême docilité, en a obtenu les plus heureux résultats. Le cal a commencé à se former : il a pris insensiblement plus de consistance ; et j'ai pu, à la fin du sixième mois, cesser l'usage de l'appareil à extension continuelle ; mais le malade est resté encore quelque temps au lit. Depuis un mois, il se lève, et marche avec des béquilles. Les mouvemens de l'articulation du genou ne sont pas encore rétablis : le membre qui a été frac-

turé n'est plus court que l'autre que d'un demi pouce environ, et il n'y a à la cuisse d'autre difformité que celle qui résulte d'une légère saillie que fait en devant et en dehors le bout du fragment supérieur.

Je reviens au second cas dans lequel M. Brodie a pratiqué l'opération par le séton pour une fausse articulation de la cuisse. J'ai vu le malade à l'hôpital Saint-Georges. Voici les détails que M. Brodie m'a communiqués sur ce malade, dans une lettre en date du 11 mars dernier. C'étoit un homme de trente-quatre ans : il avoit eu la cuisse gauche fracturée au mois d'août 1813, mais n'entra à l'hôpital Saint-Georges qu'au mois de juillet 1814, près d'un an après l'accident qui avoit donné lieu à la fracture. Celle-ci étoit convertie en fausse articulation. Un séton, c'est-à-dire une mèche de fil de soie fut introduite une première fois entre les surfaces de cette fausse articulation, le 15 juillet : il fallut la retirer quinze jours après, sa présence ayant occasionné une suppuration trop abondante, accompagnée de symptômes généraux qui causèrent quelques inquiétudes. Peu de temps après que la mèche fût retirée, la suppuration diminua, les plaies commencèrent à se cicatriser, et l'on crut remarquer qu'il y avoit un commencement d'union entre les fragmens du fémur. Le membre fut alors entouré d'attelles : mais au

lieu que le fémur se consolidât de plus en plus, tout travail de réunion entre les surfaces de la fausse articulation cessa, tellement qu'au bout de six semaines les deux parties de l'os étoient plus mobiles l'une sur l'autre qu'elles ne l'étoient lorsqu'on eut retiré le séton. On eut recours au même moyen une seconde fois : une nouvelle mèche fut introduite le 4 octobre. Elle n'avoit point encore été retirée cinq mois après, au mois de mars dernier, lorsque M. Brodie m'écrivit pour me rendre compte de l'état de ce malade ; seulement on en avoit diminué insensiblement la grosseur, et elle avoit été réduite à quelques brins de fil de soie. Au moment où je vous écris, me dit M. Brodie, le membre est beaucoup plus solide qu'il ne l'étoit avant la seconde introduction du séton : il paroît bien qu'une substance nouvelle s'est développée entre les fragmens du fémur ; mais il y a encore de la mobilité dans le lieu de la fausse articulation, et il est évident qu'il ne s'y est point encore formé un véritable cal. Maintenant même, ajoute M. Brodie, je commence à désespérer d'obtenir une parfaite guérison de cette fausse articulation. M. Brodie devoit me faire connoître les résultats ultérieurs et définitifs de cette opération : les circonstances ont momentanément interrompu la correspondance que

j'avois établie avec lui et avec d'autres chirurgiens de Londres.

Luxations. Réflexions générales.

La réduction proprement dite, ai-je dit plus haut, n'est qu'un point dans le traitement des fractures : la partie essentielle de ce traitement, ce sont les soins presque journaliers qu'exige une fracture pendant tout le temps nécessaire à sa consolidation. Le contraire a lieu pour les luxations. Ici, en effet, la réduction est tout : il faut compter au nombre des cas assez rares de chirurgie, ceux dans lesquels une luxation est compliquée ou accompagnée de circonstances graves qui rendent nécessaires des soins consécutifs plus ou moins prolongés : et alors même, ces soins sont dirigés moins contre la luxation elle-même, que contre les accidens ou les circonstances extraordinaires dont elle a été compliquée.

Puisque les procédés chirurgicaux, dans les luxations, se rapportent presqu'à une seule chose, la réduction proprement dite, il semble que la pratique des divers chirurgiens doit présenter ici moins de variétés, doit être plus uniforme que dans le traitement des fractures. Cela est, en effet. On peut remarquer aussi que tous les chirurgiens ont reconnu l'importance d'une doctrine complète des luxations ; et par doctrine des luxations, il faut entendre la déter-

mination exacte des diverses luxations dont une même articulation est susceptible, du mécanisme par lequel chacune d'elles a été produite, des nouveaux rapports que dans chacune d'elles aussi l'os luxé a contracté avec les autres parties de l'articulation qu'il concourt à former, ou avec les parties circonvoisines, enfin des signes particuliers à chaque luxation.

Sans trop d'orgueil, les chirurgiens françois peuvent prétendre à la gloire d'avoir singulièrement étendu et perfectionné cette doctrine des luxations, et d'avoir amené au plus haut degré possible de simplicité les procédés de réduction. Il faut accorder aux chirurgiens anglois, qu'ils se sont montrés plus que nous entreprenans dans certaines luxations très-compliquées, dont sont susceptibles quelques articulations, notamment celle du coude, et l'articulation du pied. Ces luxations sont quelquefois compliquées de l'ouverture de l'articulation, et de l'issue de l'une des parties osseuses articulaires, à travers la plaie des parties molles. Il ne suffit pas pour pouvoir opérer la réduction dans les cas de ce genre, d'agrandir la plaie des parties molles : avec ce soin là même, cette réduction est souvent impossible. On ne peut alors prévenir les accidens les plus formidables, ou y mettre fin lorsqu'ils se sont déjà développés, qu'en faisant la résection de la partie osseuse

articulaire dénudée, et saillante entre les lèvres de la plaie des parties molles. Eh bien, la pratique des chirurgiens anglois paroît avoir été plus féconde que la nôtre en tentatives de ce genre. Nous pouvons bien parler des cas dans lesquels, à l'exemple de Fabrice de Hilden, Ferrand, Desault, Laumonier, et plusieurs autres chirurgiens françois, ont extrait complétement l'astragale dans des luxations du pied compliquées de l'issue de cet os à travers une plaie de l'articulation, et de sa disjonction d'avec le scaphoïde : mais outre que de semblables faits sont aussi consignés dans les fastes de la chirurgie angloise, c'est là qu'il faut chercher les premiers exemples de la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus, de l'extrémité inférieure du radius, de l'extrémité inférieure du tibia, ou du tibia et du péroné en même temps, dans quelques cas de luxations du coude en arrière, du poignet et du pied.

Faits relatifs aux luxations compliquées du pied.

La dernière de ces résections surtout, celle d'une partie du tibia seulement, ou du tibia et du péroné, et qui n'a, à ce que je crois, été faite en France que par M. Deschamps, il y a trois ou quatre ans, a déjà été pratiquée plusieurs fois par les chirurgiens anglois. Au moment où j'arrivai à Londres, l'année dernière, M. Cooper venoit de la pratiquer à l'hôpital de Guy, dans un cas de luxation du pied com-

pliquée de fracture à la partie inférieure du péroné, et de l'issue de l'extrémité inférieure du tibia à travers une plaie à la partie antérieure de l'articulation. On avoit réséqué cette extrémité inférieure du tibia. Déjà plus de quinze jours s'étoient écoulés depuis l'opération, qui avoit été faite presque immédiatement après l'accident, lorsque je vis le malade pour la première fois. C'étoit un jeune homme de dix-sept ou dix-huit ans : il avoit franchi l'époque des accidens inflammatoires ; ces accidens avoient été modérés. Le danger étoit entièrement dissipé lorsque je revis ce malade pour la dernière fois.

Plusieurs faits semblables sont rapportés dans un ouvrage anglois que j'ai médité avec le plus grand intérêt, et que je serois fâché de ne pas connoître : c'est l'ouvrage de M. Hey, l'ancien condisciple, l'ancien ami de Benjamin Bell, auquel il a survécu, vieillard respectable, qui, au déclin de sa carrière, et, après plus de trente ans de pratique dans l'infirmerie générale de Leeds, l'un des hôpitaux les plus considérables de l'Angleterre, a déposé les fruits de son expérience dans un simple recueil d'observations (1). Cet ouvrage renferme une multitude de faits

(1) Practical Observations in Surgery, by William Hey.

précieux, marqués au coin de la plus saine chirurgie.

On a réussi, l'opération a été suivie de succès, dans le plus grand nombre des cas où l'on a pratiqué, soit la résection de l'extrémité inférieure des os de la jambe, soit la résection ou l'extirpation complète de l'astragale, dans des luxations compliquées du pied qui sembloient ne comporter d'autre ressource que l'amputation de la jambe. La raison en est-elle que par ce retranchement de l'astragale en totalité ou en partie, ou de l'extrémité inférieure du tibia, les parties molles de l'articulation du pied sont mises dans un état de relâchement, ou plutôt de laxité, qui prévient l'excès des accidens inflammatoires? Seroit-ce aussi que par l'ablation de l'une de ces parties osseuses, on réduit à de moindres dimensions les surfaces articulaires, dont l'exposition au contact de l'air et l'irritation qu'elles en éprouvent, sont la cause principale du caractère grave des plaies pénétrantes dans les articulations?

Fungus hématodes.

C'est dans le même ouvrage de M. Hey, dont je parlois à l'instant, qu'on trouve les premiers faits qui ont servi de fondemens à la doctrine des chirurgiens anglois sur le *fungus hématodes:* c'est M. Hey lui-même qui a introduit dans le langage chirurgical cette expression,

que nous avons adoptée, mais en la détournant du sens qu'il y a attaché, et en en faisant une application plus juste, je crois, que celle qu'en font les chirurgiens anglois. Nous avons cru qu'ils employoient ces mots, *fungus hématodes*, pour désigner, et pour désigner exclusivement ces sortes de tumeurs que depuis long-temps nous nommions tumeurs *fongueuses sanguines:* et en effet, ces deux dénominations semblent être la version l'une de l'autre. C'est donc dans le sens de tumeur fongueuse sanguine, c'est comme synonyme de cette dernière dénomination, que celle de *fungus hématodes* a été consacrée dans les derniers ouvrages de pathologie chirurgicale qui ont été publiés en France. Moi-même, dans l'article de mes *Nouveaux Elémens de Médecine opératoire*, où j'expose les opérations relatives aux anévrismes, ayant été conduit à dire quelque chose sur la maladie que nous nommons *tumeur fongueuse sanguine*, je l'ai désignée indifféremment sous cette dénomination et sous celle de *fungus hématodes*. Je ne savois pas que les chirurgiens anglois considéroient le *fungus hématodes* comme une maladie d'une espèce particulière, dont le caractère, prétendent-ils, a été jusqu'à présent mal déterminé, et qu'on a principalement confondue avec le cancer, tandis que, bien qu'elle ait quelques traits de similitude avec cette dernière

affection, elle en diffère essentiellement néanmoins, et doit en être distinguée.

Doctrine des chirurgiens anglois.

Déjà, pendant mon séjour à Londres, l'occasion m'avoit été offerte de voir que nous étions dans l'erreur en pensant que les chirurgiens anglois ne nommoient *fungus hématodes*, que ce que nous nommions *tumeur fongueuse sanguine*. Je vis faire, par M. Cooper, à l'hôpital de Guy, une opération de sarcocèle : la tumeur, qui n'étoit ni très-petite, ni d'un volume extraordinaire, fut examinée en ma présence après l'opération. J'y vis l'un de ces sarcocèles du testicule même, dans lesquels la substance de cet organe, dégénérée et devenue tout-à-fait méconnoissable, est convertie en un tissu mollasse, gorgé d'une grande quantité d'un fluide sanieux et sanguinolent, disposition qui se présente assez fréquemment. C'est, me dit M. Cooper, un *fungus hématodes*. Je fus tellement surpris en entendant pour la première fois appliquer cette dénomination à ce qui me paroissoit être un vrai cancer du testicule, que dans le moment je m'abstins de toute observation. Un jour que je communiquois mes réflexions sur ce sujet, à M. Young, autre chirurgien de Londres fort instruit, avec lequel j'avois des relations presque journalières, et dont je ne peux trop reconnoître l'obligeance, il me proposa de me faire voir un malade auquel il don-

noit des soins. Ce malade, suivant M. Young, étoit dans un cas qui devoit justifier à mes yeux l'opinion des chirurgiens anglois sur le *fungus hématodes*, et me convaincre de l'existence de cette affection, comme maladie particulière. Je le vis : il avoit sur le côté gauche de la base de la poitrine une tumeur volumineuse, à base large, irrégulièrement circonscrite, et adhérente aux parties sur lesquelles elle étoit assise : la surface de cette tumeur étoit bosselée ; les tégumens qui la recouvroient étoient livides, amincis, et disposés à se rompre en plusieurs points, surtout au niveau des bosselures, où la tumeur étoit molle et comme fluctuante, tandis qu'ailleurs elle étoit dure et rénitente : là, sans doute, se seront formés bientôt des ulcères et des végétations fongueuses, si le malade a survécu encore quelque temps. Mais au moment où je le vis, il étoit dans le dernier degré de l'épuisement et du marasme : il a dû périr peu de temps après. Sa maladie étoit une tumeur cancéreuse des mieux caractérisées.

Objections. Depuis mon retour de Londres, j'ai lu et relu, j'ai médité avec toute l'attention dont je suis capable, les observations réunies par M. Hey sous le titre de *Fungus hématodes*, et je me suis convaincu que sa doctrine, bien qu'elle ait été accueillie, et qu'elle soit professée

par tous les chirurgiens anglois, ne repose sur aucun fondement solide. L'affection dont M. Hey rapporte un plus grand nombre d'exemples, celle qu'il paroît considérer, et que les autres chirurgiens anglois paroissent également considérer, comme le *fungus hématodes* le mieux caractérisé, comme étant, si l'on peut s'exprimer ainsi, le type de cette maladie, n'est autre chose qu'une variété du cancer : c'est le cancer que nous nommons cancer mou, fongueux, cancer remarquable par ses progrès rapides, par la mollesse du tissu affecté, par la prompte formation d'ulcères à la surface de la tumeur, par la facilité avec laquelle ces ulcères se couvrent d'excroissances fongueuses, de champignons d'une couleur livide, et dont la surface laisse couler habituellement une plus ou moins grande quantité de sang. Le cancer, précédé de l'état squirrheux, est le seul que les chirurgiens anglois considèrent comme le véritable cancer : c'est celui-là seulement qu'ils voudroient qu'on nommât cancer. Mais rien ne distingue essentiellement ces deux affections : ce sont deux manières d'être principales d'un même état pathologique, susceptible de beaucoup de variétés. Comme le cancer proprement dit, c'est-à-dire, comme l'affection à laquelle les chirurgiens anglois voudroient réserver exclusivement le nom de cancer, le *fungus hématodes*, bien

que susceptible de se développer dans beaucoup de parties différentes du corps, affecte cependant de préférence, disent-ils eux-mêmes, certains organes, comme l'œil, le sein, le testicule, etc. Comme le cancer, le *fungus hématodes* une fois développé, s'étend, se propage, fait des progrès non-interrompus jusqu'à ce qu'on ait enlevé la tumeur sous la forme de laquelle il existe, quand toutefois cette ablation est praticable. Des ulcérations se forment spontanément à la surface d'un *fungus hématodes*, comme à la surface d'une tumeur carcinomateuse. Des douleurs lancinantes, qui acquièrent une intensité de plus en plus grande, sont un symptôme constant ou presque constant dans l'une comme dans l'autre affection. Même tendance, même disposition du *fungus hématodes*, et du carcinome à renaître, à se reproduire, soit dans la partie même qui en a été le siége primitif, après que l'ablation en a été faite, et quoique toutes les précautions aient été prises pour en enlever jusqu'aux dernières racines, soit dans des parties plus ou moins éloignées de celle-là. Enfin, dans le *fungus hématodes*, comme dans le cancer proprement dit, ou comme dans toute autre sorte d'affection cancéreuse, à l'affection locale se joint bientôt un état général de l'organisation, une diathèse spéciale qui amène plus ou moins promptement

le dépérissement et la mort. Cette diathèse n'est pas l'effet de l'affection locale, comme on l'a prétendu : on ne peut pas l'assimiler, comme je l'avois fait dans un temps où je n'étois pas encore instruit par l'expérience, et à l'une de ces époques de la vie où il est si difficile d'être parfaitement en garde contre les écarts de l'imagination, on ne peut pas, dis-je, assimiler cette diathèse cancéreuse à la simple cachexie que font naître les autres affections organiques. Tout porte à croire qu'elle est immédiatement produite par un vice intérieur qui, ayant agi d'abord sur une partie déterminée du corps, fait, si l'on peut ainsi dire, une explosion générale, et exerce sur toute l'organisation, une influence qui est quelquefois ralentie, et comme enrayée par l'ablation de l'affection locale que le vice intérieur avoit fait naître, mais qui, bien plus souvent, au contraire, tire de cette dernière circonstance un surcroit d'énergie et d'activité.

Encore si M. Hey n'avoit réuni sous le nom de *fungus hématodes* que des cas qui se rapportent à l'une des variétés de l'affection cancéreuse, je ne trouverois à blâmer que l'adoption d'un mot nouveau pour désigner une maladie bien connue. Mais à côté d'observations sur des maladies de nature évidemment cancéreuse, vous en trouvez qui paroissent

avoir rapport à des tumeurs fongueuses du périoste, même à de simples tumeurs blanches articulaires, accompagnées seulement de quelques circonstances particulières. Il y a aussi, mais en assez petit nombre, des exemples de vrais *fungus hématodes*, c'est-à-dire de *fungus hématodes* non cancéreux, ou de simples tumeurs fongueuses sanguines. Cependant les chirurgiens anglois distinguent cette dernière affection du *fungus hématodes;* du moins ils ont si bien l'intention de le faire, en considérant le *fungus hématodes* comme une maladie spéciale, différente à la fois et du cancer proprement dit et des tumeurs fongueuses sanguines, qu'à ces dernières ils ont imposé le nom d'anévrisme par anastomose, *aneurism by anatomosis :* ils l'ont donné surtout à celles des tumeurs fongueuses sanguines qui sont les mieux connues dans leur nature, les plus simples aussi dans leur caractère, et plus particulièrement à celles qui ont pour principe quelques-unes de ces taches congéniales de la peau connues sous le nom de *nævi materni.* Aussi ce ne sont pas de ces cas simples de tumeurs fongueuses sanguines que M. Hey présente sous le titre de *fungus hématodes.* Dans tous ceux dont il donne les observations, la maladie se montre avec un certain caractère de malignité ; elle est remarquable surtout

par l'espèce de fureur avec laquelle elle repullule après que l'ablation en été faite une première fois, ou qu'elle a été tentée itérativement. Tel est, en effet, le caractère de certaines tumeurs fongueuses sanguines.

Le plus grand vague, la plus grande incertitude règne donc dans ces vues, dans cette doctrine de M. Hey, sur le *fungus hématodes*. Certaines variétés du cancer, des tumeurs fongueuses sanguines, des tumeurs blanches articulaires, ont été distraites de chacun des divers genres d'affections auxquelles elles appartiennent, et l'on s'est efforcé de les assimiler les unes aux autres, et d'en composer un genre particulier de maladie : ce sont autant d'individus différens appartenant à plusieurs familles dont on a voulu composer une famille nouvelle. De telles vues déparent, à mon sens, l'ouvrage, d'ailleurs si recommandable sous d'autres rapports, dans lequel elles ont été présentées pour la première fois : elles ne reposent sur aucun fondement solide, et ne sont d'aucune utilité pratique. Je doute que nous leur donnions jamais notre assentiment. Si nous conservons dans le langage chirurgical le terme de *fungus hématodes*, il faut que ce soit, comme nous l'avons fait jusqu'à présent, pour désigner les tumeurs fongueuses sanguines, et comme synonyme de cette dernière dénomination.

Digression sur les tumeurs fongueuses sanguines, ou sur le vrai *fungus hématodes*, sur le *fungus hématodes* non cancéreux.

Je cesserai un moment de m'occuper de la doctrine et de la pratique des chirurgiens anglois, pour présenter quelques remarques sur les tumeurs fongueuses sanguines, ou sur le vrai *fungus hématodes*. Je ne suis pleinement satisfait d'aucune des descriptions de cette maladie qu'on a données jusqu'à présent : c'est un point de chirurgie sur lequel les observations n'ont encore été ni assez multipliées, ni assez bien comparées les unes avec les autres. Rien de moins bien établi surtout que ce qui a trait au traitement de cette maladie. Dans quels cas une tumeur fongueuse sanguine peut-elle être pour un temps abandonnée à elle-même, sans qu'on ait à craindre de lui voir faire des progrès trop rapides et trop considérables ? Lorsque le développement déjà très-grand de la maladie, ou la certitude de ses progrès ultérieurs portent à en entreprendre la guérison, quelle est la méthode de traitement la plus convenable relativement à l'âge de l'individu, au siége de la maladie sur telle ou telle autre partie du corps, au développement auquel elle est parvenue, eu égard aussi au caractère sous lequel elle se présente dans chaque cas en particulier ? car il s'en faut bien que les tumeurs fongueuses sanguines soient une maladie toujours semblable à elle-même : il y en a, au contraire, de plusieurs sortes ; elles se montrent sous plu-

sieurs variétés. Dans quels cas une compression permanente sur la tumeur même peut-elle être employée avec quelques espérances de succès ? Quand doit-on préférer à cette compression l'ablation de la tumeur, son éradication complète ? Dans quelles circonstances, assimilant jusqu'à un certain point une tumeur fongueuse sanguine à un anévrisme, pourroit-on, comme pour ce dernier, pratiquer au-dessus de la tumeur la ligature de l'artère dont les ramifications sont le siége de la maladie ? Dans quels cas l'amputation, non pas de la tumeur seulement, mais de la partie même qui en est le siége, comme d'un membre, est-elle la seule ressource de la chirurgie ? Dans quels cas enfin l'art doit-il rester spectateur oisif des progrès du mal, et avouer son impuissance pour en prévenir l'issue funeste ? Ce sont là autant de questions pour la solution desquelles l'expérience n'a encore fourni que quelques données.

J'avois déjà fait entendre, et je rappelois à l'instant même que les tumeurs fongueuses sanguines sont de plusieurs sortes. La maladie que nous avons nommée anévrisme de Pott, en est une première variété, et son mode de formation paroît être le suivant. Une artère de moyen calibre, quelquefois une seule ou plusieurs artères d'un plus petit diamètre, se dilatent dans

une grande étendue; en même temps leurs parois éprouvent une altération, une désorganisation inconnu dans sa nature. Ces parois, d'une ou de plusieurs artères dilatées et désorganisées, se percent d'une multitude de petites ouvertures : elles en sont comme criblées, et deviennent ainsi perméables au sang. Mais ce fluide ne fait que sourdre lentement par plusieurs points; et au lieu de s'épancher dans une seule cavité, dans un seul kyste, comme cela a lieu dans l'anévrisme faux consécutif, il s'infiltre dans le tissu cellulaire, dans le tissu même des chairs : par son séjour, peut-être aussi par une altération particulière qu'il éprouve, il dénature ces parties, les transforme dans une plus ou moins grande étendue, en une masse spongieuse de laquelle il ne peut être exprimé que lentement lorsque la peau qui recouvre la tumeur éprouve quelque crevasse, ou vient à être divisée. Ce que Pott avoit observé deux fois à la jambe, a été vu depuis lui par d'autres chirurgiens, dans plusieurs parties différentes du corps.

Toutes les autres tumeurs fongueuses sanguines commencent par la dilatation uniforme des vaisseaux capillaires tant artériels que veineux d'une partie, dilatation qui, à mesure qu'elle est portée à un plus haut degré, s'étend de proche en proche aux petites artères et aux

petites veines d'où proviennent les capillaires, et à des branches plus considérables encore. C'est toujours ou presque toujours par les vaisseaux capillaires du tissu cellulaire sous-cutané que cette dilatation commence : c'est dans ce tissu cellulaire que les tumeurs fongueuses sanguines, dont il s'agit, ont le plus communément leur siége; sa laxité et le nombre considérable de vaisseaux dont il est pénétré, favorisent la formation de cet état pathologique. Quant à la part que prend au développement et aux progrès de la maladie chacun des deux ordres de vaisseaux sanguins, il est à remarquer qu'il n'y a et ne peut y avoir dans aucune tumeur fongueuse sanguine, dilatation des artères capillaires, sans dilatation des veines : quelques-unes, au contraire, paroissent consister dans un développement extraordinaire des veines, les artères n'ayant éprouvé aucune dilatation. Pour celles-ci seulement devroit être réservé le nom de tumeurs variqueuses que nous donnons à peu près indistinctement à toutes les tumeurs fongueuses sanguines. Le plus ordinairement les deux ordres de vaisseaux sanguins sont simultanément affectés : mais la dilatation des uns n'est pas, dans tous les cas, proportionnée à celle des autres ; c'est-à-dire, que les artères et les veines capillaires, et consécutivement les branches plus considérables d'où elles provien-

nent, ne sont pas toujours affectées au même degré, ne concourent pas également au développement de la maladie : il y a de ces tumeurs fongueuses sanguines qui sont plus artérielles que veineuses, ou qui tiennent plus de l'état anévrismatique que de l'état variqueux; il en est, au contraire, qui sont plus veineuses qu'artérielles, ou plus variqueuses qu'anévrismatiques.

Les tumeurs fongueuses sanguines simplement variqueuses, c'est-à-dire produites exclusivement par la dilatation des veines, quoique bien moins communes que les tumeurs fongueuses sanguines au développement desquelles concourent les artères et les veines, ne sont pas non plus très-rares. Tout récemment encore j'en ai vu deux sur deux sujets différens, l'une et l'autre assez remarquables par leur siége et par le temps assez long depuis lequel elles étoient stationnaires. L'une des deux occupoit toute la région palmaire de la main droite, y compris les cinq doigts. Cette tumeur, plus étendue en surface que proéminente, étoit très-molle, tout-à-fait indolente : la surface en étoit livide; elle augmentoit lorsque le bras étoit pendant et immobile le long du corps; elle diminuoit par l'élévation du membre : on la faisoit disparoître presque entièrement en la comprimant, et la peau restoit flasque. Le sujet qui la portoit, mais pour lequel cette tumeur n'étoit qu'une

légère incommodité, étoit une femme dans l'âge moyen de la vie : elle savoit que sa maladie avoit commencé dans son enfance, et m'assura que depuis nombre d'années la tumeur n'avoit fait aucun progrès. L'autre cas est plus remarquable encore ; le voici :

Un jeune homme de vingt-deux ou vingt-trois ans, étudiant en médecine, est né avec deux très-petites taches à la peau, l'une sur le milieu de la partie gauche du front, l'autre sur le milieu de la paupière supérieure du même côté : ces taches étoient livides, noirâtres, et non pas rouges, vermeilles, comme le sont ordinairement, ainsi que je le dirai bientôt, les marques congénitales de la peau qui disposent aux tumeurs fongueuses sanguines. Une petite tumeur variqueuse proprement dite s'étant développée, dans l'enfance de ce jeune homme, sous la tache du front, cette tumeur fut amputée ; mais la maladie s'est reproduite sous la cicatrice de la peau, en même temps qu'un état également variqueux s'est développé dans presque tout le système veineux superficiel du côté gauche de la face. Actuellement, ce jeune homme porte sur le côté gauche du front une tumeur sanguine qui, bien certainement, n'est que variqueuse ; tumeur très-molle, facile à être affaissée par la compression, et du volume d'un petit œuf, mais plus ou moins

proéminente suivant l'état de la respiration chez l'individu qui la porte, suivant la température de l'atmosphère; tumeur sous laquelle, après qu'on l'a affaissée par la compression, on sent la surface des parois du crâne, rugueuse et inégale. A cette tumeur est joint un état légèrement variqueux de la paupière supérieure gauche : toute la joue du même côté présente une légère bouffissure sanguine : enfin il existe à la surface interne de la lèvre supérieure, sous la membrane muqueuse, et du côté gauche seulement, une tumeur variqueuse bien prononcée, mais peu proéminente. Du reste, cette affection est stationnaire depuis fort long-temps, et l'on peut être à peu près assuré qu'elle restera telle indéfiniment.

Dans quelques cas, les tumeurs fongueuses sanguines se forment sans avoir été précédées d'aucune altération sensible dans le tissu de la peau ; d'autres fois, et c'est ce qui a lieu le plus ordinairement, elles succèdent à l'une de ces taches de la peau que beaucoup d'enfans apportent en venant au monde. Je m'arrêterai particulièrement aux tumeurs fongueuses sanguines qui ont ces taches pour origine : ce sont de toutes les plus communes, ce sont celles que j'ai eu le plus d'occasions d'observer; et je crois avoir recueilli sur les circonstances de leur développement, sur leurs progrès, sur les ré-

sultats de quelques-uns des moyens qu'on met en usage pour en entreprendre la guérison, certaines particularités, qui ne sont sans doute pas inconnues à d'autres praticiens, mais sur lesquelles il me semble qu'on n'a pas assez insisté dans les descriptions qui ont été faites des tumeurs fongueuses sanguines ou du *fungus hématodes* de cette sorte.

Toutes les marques proéminentes ou non proéminentes, toutes les altérations congénitales du tissu de la peau, qu'on réunit sous la dénomination commune de *nævi materni*, ne disposent pas aux tumeurs fongueuses sanguines : à quelques-unes d'entre elles seulement est attachée cette fâcheuse prérogative, et celles-ci sont si bien caractérisées, qu'il suffit d'en avoir observé une avec attention, lorsque déjà une tumeur sanguine s'est développée dans les parties sous-jacentes, pour être ensuite à même de les distinguer de toutes les autres, et d'en prédire les suites, quand il n'existe pas encore de tumeur sanguine. Elles sont bien rarement plus grandes que l'ongle, et souvent plus petites. Bien qu'assez irrégulièrement circonscrites, elles ont néanmoins des limites tranchées, c'est-à-dire que l'altération de la peau qui les constitue n'est pas moins marquée à la circonférence qu'au centre de chacune d'elles,

et qu'immédiatement au-delà de la circonférence les tégumens voisins jouissent d'une parfaite intégrité. Ces taches existent sans aucune élévation à la peau, ou du moins cette élévation est à peine sensible ; le tissu de la peau est seulement un peu plus mou, un peu moins rénitent que dans les parties circonvoisines : la température y est un peu plus élevée, sans doute à cause de la plus grande quantité de sang dont il est pénétré là où l'une de ces taches existe, puisqu'elles résultent essentiellement du développement insolite, de la dilatation contre nature d'un certain nombre de vaisseaux capillaires, et surtout des capillaires artériels de la peau. Ces taches enfin ont une couleur rouge, mais non uniforme, comme l'est celle des joues, lorsque le visage est animé par la pudeur, par la colère ; c'est une teinte plus vive, plus éclatante, plus vermeille, et d'ailleurs inégale, où sur le fond uniforme de laquelle, si l'on veut, paroissent de petits points d'une teinte plus foncée. Voilà pour l'aspect sous lequel se montrent les taches congénitales de la peau qu'on peut considérer comme un premier état des tumeurs variqueuses, ou comme amenant presque inévitablement à leur suite ce genre d'affections.

C'est presque toujours sur quelque point des parties supérieures du corps, et à la tête sur-

tout, qu'existent les taches dont il s'agit. On peut rattacher cette circonstance à un fait plus général, c'est que les vices originels de conformation, dont quelques-uns, notamment ceux qui sont bornés à la peau, ont quelque chose du caractère des affections organiques, sont plus fréquens dans ces parties supérieures du corps, que dans les régions inférieures. C'est donc dans les premières, c'est à la tête, au cou, sur l'un des membres supérieurs, sur la poitrine, qu'on a le plus souvent occasion de voir les tumeurs variqueuses qui se développent sous des taches congénitales de la peau. Sans prétendre qu'il ne s'en forme jamais sur l'abdomen, aux membres inférieurs, je suis encore à en observer sur quelqu'une de ces parties.

Qu'un enfant naisse avec une des taches de la peau dont j'ai tâché de peindre l'apparence, le développement d'une tumeur fongueuse sanguine dans la partie du tissu cellulaire immédiatement sous-jacente est inévitable, à moins qu'on ne parvienne à effacer la tache par une compression permanente et plus ou moins long-temps continuée, ou qu'on n'enlève la portion des tégumens qui en est le siége. Une chose remarquable, c'est qu'à quelqu'âge de la vie que se développe la tumeur variqueuse elle-même, la tache de la peau change à peine : si elle paroît s'agrandir un

peu, c'est moins par un progrès réel de l'état organique qui la constitue, que par l'extension de la peau. Celle-ci, en effet, soulevée et distendue par la tumeur, s'amincit; mais elle conserve pendant long-temps toute son intégrité : il faut que la tumeur fongueuse sanguine ait acquis un grand développement pour que la peau soit altérée au-delà de la tache dont elle est le siége. Elle prend alors une couleur livide plus ou moins foncée.

On diroit que l'activité sans doute plus grande de la circulation après la naissance, et aussi les qualités du sang, différentes, lorsque la respiration est établie, de ce qu'elles étoient dans le fœtus, deviennent causes déterminantes des tumeurs fongueuses sanguines consécutives aux *nævi materni*. En effet, c'est presque toujours dans les premiers temps de la vie que ces tumeurs commencent à se former. Le plus grand nombre des sujets que j'en ai vus affectés, étoient des enfans qui n'avoient encore que quelques mois. En cela mes observations s'accordent avec celles des praticiens qui ont rapporté des faits sur ce genre de maladie. Il m'a paru aussi qu'elle est plus commune chez les enfans du sexe féminin que chez les enfans mâles.

Si chez une personne du sexe née avec un de ces *nævi materni* qui disposent aux tumeurs

variqueuses, la tumeur ne s'est pas formée dans les premiers temps de la vie, le temps de la puberté est ensuite l'époque la plus favorable à son développement. On remarque aussi qu'elle fait alors des progrès plus rapides que dans l'enfance. Un des cas les plus curieux sous ce rapport, est celui de cette jeune fille dont M. Pelletan rapporte l'observation dans sa *Clinique Chirurgicale*, et que moi-même j'avois vue lorsqu'avant d'être confiée aux soins de l'habile chirurgien que je viens de citer, elle étoit suivie par M. Tartra. Cette jeune fille étoit née avec deux taches vermeilles à la tête, l'une sur la surface extérieure du pavillon de l'oreille gauche, l'autre sur la région pariétale du même côté, toutes deux ayant des dimensions assez considérables. Elle avoit atteint sa onzième année, et éprouvoit déjà les phénomènes précurseurs de la menstruation, lorsque la dégénération fongueuse commença dans les parties sous-jacentes aux deux taches, et en même temps sous ces deux taches, qui jusqu'alors étoient restées stationnaires. Pour mieux exprimer ce qui eut lieu, il faudroit dire que la dilatation vasculaire, bornée pendant long-temps à une partie du réseau capillaire de la peau, commença à s'étendre, dans le tissu cellulaire immédiatement sous-jacent, à des ramifications vasculaires un peu moins tenues, puis

de proche en proche à des vaisseaux plus considérables et de plus en plus éloignés des taches qui avoient été le principe de la maladie, jusqu'à gagner le tronc de l'artère temporale et celui de l'artère occipitale du côté gauche. Tout cela se fit avec une effrayante rapidité. Deux ou trois années suffirent pour que la tumeur fongueuse comprît tout le pavillon de l'oreille gauche, et toute la moitié correspondante de la surface du crâne. Cette tumeur fongueuse avoit cela de remarquable, que bien qu'assez élevée au-dessus du niveau naturel de la partie qui en étoit le siége, elle étoit cependant plus étendue en surface que proéminente, et plus diffuse, plus mal circonscrite encore que ne le sont les tumeurs de cette espèce. Il faut ajouter qu'elle étoit plus anévrismatique que variqueuse, et qu'elle présentoit dans toute son étendue des pulsations très-sensibles au tact et même à la vue. Cela explique l'étonnante rapidité de ses progrès. A cela tient encore sans doute cette autre circonstance, savoir, qu'avant même que la tumeur eût acquis un grand développement, la peau qui la recouvroit étoit amincie à un point extrême, et disposée à se rompre, à éprouver de petites crevasses par la plus légère pression, quelquefois même spontanément, surtout aux époques de la menstruation. Aussi lorsque la jeune malade fut vue par des per-

sonnes capables d'apprécier son état, et lorsque j'eus moi-même occasion de l'observer, elle étoit sujette à éprouver des hémorrhagies abondantes. Ce fut même la fréquence de ces hémorrhagies, et la crainte qu'on avoit de voir la malade y succomber en peu de temps, qui engagea le praticien de qui j'emprunte les derniers traits de l'histoire de cette maladie, à tenter d'arrêter les progrès de la dégénération fongueuse, en pratiquant la ligature des artères temporale et occipitale, le plus près possible de leur origine. On avoit conçu l'espoir du succès de cette opération, d'après la facilité avec laquelle on procuroit l'affaissement de la tumeur, en même temps qu'on y faisoit cesser toute pulsation par la compression momentanée de ces artères. Peut-être la ligature du tronc des carotides du côté gauche eût-elle été plus convenable. Mais les efforts de l'art devoient être infructueux : la jeune malade elle-même, par son intempérance, devoit contrarier les vues de l'habile praticien aux soins duquel elle s'étoit confiée. Elle mourut à la suite d'une violente indigestion, peu de jours après qu'on eut pratiqué la ligature de l'artère temporale, le plus près qu'on put de son origine.

C'étoit aussi à l'époque de la puberté seulement que s'étoit developpée, sous une tache congénitale de la peau, une tumeur fongueuse

sanguine qui, en assez peu de temps, avoit acquis la grosseur du poing, et dont nous fîmes, à l'hôpital de la Charité, il y a quatre ans, l'amputation sur une fille âgée de vingt ans. Le vice originel de la peau, au dire de cette jeune fille, étoit la marque d'une fraise dont sa mère avoit eu envie pendant qu'elle la portoit dans son sein. Si c'étoit ici le lieu de parler du préjugé qui attribue à l'influence de l'imagination de la femme enceinte sur le fœtus, ces taches diverses de la peau, ces marques plus ou moins bizarres, et presque tous les vices extérieurs de conformation qu'un si grand nombre d'enfans apportent en venant au monde, je blâmerois certainement l'aveugle crédulité du vulgaire à cet égard : mais je ne pourrois pas non plus m'empêcher de faire remarquer qu'il n'est pas de point de controverse, relativement à divers phénomènes de l'économie animale, dans lequel les modernes aient apporté une plus étrange manière de raisonner, dans lequel ils aient montré un esprit moins philosophique. Nous nions complétement cette influence de l'imagination de la mère sur le fœtus; nous recherchons avec soin toute autre explication des faits qui tendroient à en établir la réalité; nous nous tourmentons pour leur donner une autre origine; enfin, le préjugé vulgaire qui consacre cette influence de l'ima-

gination de la mère sur le fœtus, nous paroît souverainement ridicule, parce que nous n'entrevoyons pas le rapport des effets avec la cause, parce que ce rapport est inexplicable : comme s'il n'y avoit pas dans l'économie des êtres vivans une multitude d'autres phénomènes tout aussi extraordinaires, et dans l'explication desquels échouent et échoueront à jamais tous les efforts de notre intelligence. Nous avons oublié, relativement à l'objet en question, qu'il est un milieu entre une croyance sans bornes, et un aveugle scepticisme ; le doute philosophique.

Chez la jeune femme dont je parlois, la tumeur variqueuse occupoit la partie inférieure et externe du bras gauche. Elle avoit acquis en deux ou trois ans plus du volume du poing. Sa base, sans être aussi mobile sur les chairs du bras qu'auroit pu l'être une tumeur enkystée, ou même lipomateuse, ne paroissoit cependant pas tellement entée sur les parties sous-jacentes qu'on ne pût espérer l'en détacher sans entamer le tissu des muscles, ou en ne leur faisant éprouver qu'une légère perte de substance. Sur le milieu de la surface libre de la tumeur, on voyoit la tache congénitale qui avoit été le principe de la maladie. Au niveau même de cette tache, et au-delà, sur toute la surface de la tumeur, la peau étoit livide et réduite à une pellicule très-mince : déjà même il s'y étoit fait à plusieurs

reprises, et en plusieurs points, de petites crevasses par lesquelles le sang avoit coulé abondamment. Il étoit temps de faire l'amputation de cette tumeur dont les progrès ultérieurs auroient inévitablement conduit à la nécessité de l'amputation du membre. Je n'ai pas besoin de dire comment l'opération fut pratiquée ; mais une circonstance de cette opération, et plus encore quelques-unes de celles qui l'ont suivi, méritent d'être connues. La tumeur étant enlevée, les muscles du bras, mis à nu immédiatement, paroissoient jouir de toute leur intégrité ; et cependant du sang artériel, du sang veineux couloit en nappe et abondamment de presque tous les points de la plaie : il a fallu appliquer un assez grand nombre de petites ligatures, et soutenir leur action par un appareil légèrement compressif. Plus tard, la plaie n'a jamais été le siége d'une inflammation proportionnée à son étendue : ce qui est plus remarquable encore, jamais la suppuration proprement dite ne s'y est établie, c'est-à-dire que la plaie n'a jamais fourni un pus épais et blanchâtre : jamais non plus elle n'a présenté la couleur vermeille, et l'aspect grenu des plaies avec perte de substance dont la marche est régulière, et dont la cicatrisation fait des progrès rapides. Cette plaie a toujours été saignante, dans certains temps plus que dans d'au-

tres, et particulièrement aux époques de la menstruation. Cependant, la cicatrice s'est faite : mais on peut à peine se figurer avec quelle lenteur la nature y a procédé : il a fallu plusieurs mois et des soins sans nombre, pour que cette plaie fût amenée à parfaite guérison. Alors on ne distinguoit aucune apparence d'un nouvel état fongueux, ni sous la cicatrice, ni dans les parties circonvoisines; rien n'indiquoit que le mal dût récidiver : seulement la cicatrice elle-même étoit très-mince et un peu violette. Est-elle devenue plus forte avec le temps ? La guérison de la maladie a-t-elle été radicale ? Je le crois, sans pouvoir l'affirmer : la malade a quitté l'hôpital assez peu de temps après la parfaite cicatrisation de la plaie; et depuis, nous ne l'avons pas vu, ni n'en avons entendu parler.

Si les tumeurs fongueuses sanguines ou variqueuses consécutives aux *nævi materni*, de même, au reste, que celles qui se développent sans avoir été précédées de ces taches congénitales, n'existoient jamais que sur des sujets adultes, le praticien seroit rarement incertain sur la conduite qu'il doit tenir. Un sujet adulte pouvant toujours supporter l'une des opérations qui sont applicables à ce genre de maladie, il y auroit seulement à déterminer pour chaque cas en particulier, laquelle de ces opérations

est la plus convenable, supposé toutefois qu'à raison de son siége ou de son développement extraordinaire, la maladie ne soit pas marquée au coin de l'incurabilité. Mais les tumeurs fongueuses sanguines, ou les tumeurs variqueuses, notamment celles qui sont précédées de taches congénitales à la peau, existent le plus ordinairement chez des enfans, même chez des enfans en très-bas âge, soit qu'elles se soient développées depuis la naissance, ou bien que ces enfans les aient apportées en naissant. Or, cette circonstance, l'âge tendre du sujet qui porte une tumeur fongueuse sanguine, imprime à cette maladie un caractère plus grave, plus compliqué, ou tout au moins en modifie d'une manière remarquable les indications curatives. Ceci demande à être expliqué.

Que chez un enfant un *fungus hématodes* soit très-petit, proéminent et bien circonscrit, cet enfant fût-il en très-bas âge, ne fît-il que de naître, on peut sans aucun risque, et l'on doit même amputer cette tumeur. Je l'ai déjà fait plusieurs fois, et dans tous les cas avec succès, pour de petites tumeurs fongueuses sanguines situées sur le sommet de la tête, au front, à la partie postérieure du cou, et sur l'épaule. Mais que chez un enfant pareillement, une tumeur fongueuse sanguine soit déjà parvenue à une grosseur un peu considérable; que

surtout cette tumeur soit plus étendue en surface que proéminente; que la base en soit large, irrégulièrement circonscrite, et projette des racines sous la peau ou plus profondément: deux choses alors font naître du doute, de l'incertitude sur le parti qu'il convient de prendre. D'une part, il est bien vrai qu'une tumeur fongueuse sanguine, développée dans les premiers temps de la vie, peut faire des progrès non interrompus; il est même sans exemple, je crois, qu'une maladie de ce genre ait guéri par le seul bénéfice de la nature: mais fort souvent aussi, développée chez un très-jeune sujet, elle reste stationnaire après avoir acquis un certain volume, et ne fait de nouveaux progrès qu'à une époque assez éloignée de celle de son premier développement.

D'un autre côté, pût-on être certain d'avance qu'une tumeur fongueuse sanguine déjà parvenue à une certaine grosseur chez un très-jeune sujet, doit faire de nouveaux progrès, ce n'est pas un motif suffisant pour en entreprendre la guérison par une opération proprement dite. Loin de là, une telle tentative seroit, dans beaucoup de cas, une entreprise téméraire, que le succès même justifieroit à peine. En effet, des diverses opérations applicables aux tumeurs fongueuses sanguines, l'éradication de ces tumeurs, leur amputation complète est celle qui convient le

plus généralement. Cette éradication qui semble ne pas différer essentiellement de l'amputation et de l'extirpation de toute autre tumeur, en diffère néanmoins sous plusieurs rapports : on ne pourroit pas la pratiquer dans tous les cas indistinctement sur de jeunes sujets, sans exposer beaucoup d'entre eux aux plus grands dangers, sans faire courir à quelques-uns le risque presque certain de la vie. Qu'on se représente, en effet, une tumeur fongueuse sanguine telle que je l'ai supposée, c'est-à-dire déjà parvenue à une certaine grosseur, ayant une base large et irrégulièrement circonscrite, projettant sous la peau, et plus profondément encore, des racines multipliées, l'amputation ou l'extirpation d'une telle tumeur constitueroit une opération, non pas difficile pour un chirurgien exercé, mais minutieuse, délicate, et qui ne pourroit pas être terminée promptement. Pendant le temps qu'elle dureroit, un enfant seroit en proie à de vives douleurs : il perdroit beaucoup de sang proportionnément à l'étendue de la plaie, puisque beaucoup de vaisseaux, et des vaisseaux dilatés même, arrivent de toutes parts à une tumeur variqueuse et en partent. L'opération étant même terminée aussi heureusement qu'on pourroit le désirer, on ne seroit pas certain de pouvoir prévenir des hémorrhagies consécutives. C'est de toutes ces manières, ou par

toutes ces raisons que l'éradication d'une tumeur fongueuse sanguine parvenue à un certain développement, pourroit être une opération des plus périlleuses sur un enfant en bas âge. En général, cette opération ne doit être pratiquée dans les premiers temps de la vie que lorsque la tumeur est d'un petit volume, qu'elle est bien limitée, et qu'elle peut être enlevée aisément, en peu de temps, et avec la presque certitude de ne pas faire éprouver à l'enfant une perte trop considérable de sang.

Qu'il me soit permis de le dire à cette occasion, les mêmes motifs qui peuvent contre-indiquer l'ablation d'une tumeur variqueuse chez un jeune sujet, existent pour d'autres opérations. L'enfant ne peut pas éprouver impunément une douleur vive et surtout une douleur prolongée : la même somme de douleur qu'un sujet adulte supporte sans danger, seroit funeste pour un enfant, et d'autant plus qu'il seroit plus près de l'époque de sa naissance. Par exemple, on a quelquefois pratiqué l'opération de la pierre sur des enfans de dix-huit mois ou deux ans : eh bien, s'il se pouvoit que, faite à cet âge, cette opération fût aussi laborieuse qu'elle l'est quelquefois sur des sujets adultes, la mort et une mort prompte, je n'en doute pas, seroit le résultat inévitable de l'excès de la douleur. Dans l'enfance, l'homme ne peut per-

dre non plus sans danger qu'une très-petite quantité de sang ; une hémorrhagie également abondante chez un sujet adulte et chez un enfant, pourroit n'être d'aucune conséquence pour le premier, et seroit mortelle pour le second. Ainsi, la crainte de livrer un enfant à des douleurs excessives et prolongées, ou la crainte de lui faire éprouver une perte de sang que la nature ne pourroit pas réparer, sont deux considérations qui doivent détourner un praticien prudent d'entreprendre sur des sujets trop jeunes, certaines opérations, quand les maladies pour lesquelles elles peuvent être très-bien indiquées d'ailleurs, ne compromettent pas actuellement l'existence.

Dans quelques cas où, chez un jeune sujet, l'éradication d'une tumeur variqueuse exposeroit à trop de dangers, une compression permanente excercée sur la tumeur même, peut être une utile ressource, soit que par elle on obtienne une parfaite guérison de la maladie, soit que seulement les progrès en soient ralentis ou suspendus. Quel exemple plus remarquable du succès de ce moyen peut-on citer, que celui dont parle M. Boyer dans son *Traité de Pathologie chirurgicale* ? Un enfant de deux ans portoit dans l'épaisseur du bord adhérent de la lèvre supérieure, une tumeur variqueuse qui avoit succédé à une tache rosée congénitale. La

maladie existoit au-dessous des narines, et s'étendoit un peu dans l'épaisseur de la sous-cloison du nez. Cette disposition ne permettant pas une extirpation complète, le praticien de qui j'emprunte ce fait conseilla à la mère de l'enfant de fomenter la tumeur avec de l'eau alumineuse, et de la comprimer le plus souvent qu'elle pourroit avec le doigt indicateur, placé transversalement au-dessous du nez. Il attachoit peu d'importance à cet avis, et étoit loin de croire qu'il pût devenir salutaire à la petite malade, si la tumeur ne devoit pas rester stationnaire. Cependant il fut suivi avec toute la constance que la tendresse maternelle peut inspirer : la mère passoit quelquefois jusqu'à sept heures de suite à comprimer sans relâche la tumeur avec son doigt. La guérison inattendue de cette maladie fut le prix de ses soins. L'enfant avoit douze ans lorsqu'il fut revu par M. Boyer : il étoit impossible d'apercevoir aucune trace de la tumeur.

J'ai déjà conseillé plusieurs fois cette compression d'une tumeur fongueuse sanguine chez des enfans, sans en avoir connu et sans pouvoir en indiquer les résultats. Dans un cas cependant où il m'a été possible de suivre et d'observer les effets de ce moyen, j'ai fait une remarque qui est susceptible d'application dans d'autres circonstances. Une petite fille, âgée main-

tenant de trois ans et demi, vint au monde avec une tache rouge de la peau sur la partie antérieure de la poitrine, un peu au-dessous du milieu de la clavicule du côté gauche. J'étois alors en Espagne; et je ne vis cette petite fille, aux parens de laquelle une étroite amitié m'unit depuis long-temps, qu'à l'époque de mon retour à Paris. Elle n'avoit que trois mois, et déjà une tumeur fongueuse sanguine s'étoit développée sous la marque congénitale de la peau. Déjà aussi cette tumeur avoit la grosseur d'une petite noix : la circonférence en étoit assez irrégulière; et l'opération par laquelle on auroit voulu en faire l'extirpation, ne me parut pas devoir être pratiquée sur un enfant aussi jeune. La maladie, abandonnée à elle-même pendant quelque temps, fit de nouveaux progrès, mais des progrès assez lents, à la vérité. Craignant néanmoins de lui voir acquérir un développement trop considérable, j'eus recours à la compression. L'enfant avoit six mois environ quand on commença à mettre ce moyen en usage. C'étoit une chose assez difficile chez un enfant eucore en maillot, que d'assujettir un petit appareil compressif sur le lieu qu'occupoit la tumeur : il falloit d'ailleurs éviter de soumettre les parois de la poitrine à une compression trop forte. On changea plusieurs fois la construction de cet appareil : divers petits ban-

dages mécaniques furent successivement employés. La tumeur parut s'affaisser, et s'affaissa réellement sous la pelote qui la comprimoit ; elle devint moins proéminente : mais bientôt on la vit s'étendre en surface ; sa base s'agrandit surtout du côté du moignon de l'épaule. Vers cette partie aussi, on put aisément sentir les pulsations de deux petites artères sous-jacentes à la peau, et qui venoient aboutir à la tumeur : il paroissoit que par la compression exercée sur cette tumeur, le sang étoit comme refoulé vers ces petites branches artérielles. Je jugeai dès-lors que, parce qu'elle ne pouvoit être ni portée à un degré assez considérable, ni exercée uniformément jusqu'au-delà de la circonférence de la tumeur, la compression ne réussiroit pas dans ce cas-ci : continuée plus long-temps, elle auroit même, selon toute apparence, été plus désavantageuse qu'utile, et auroit accéléré les progrès du mal. J'en fis cesser l'usage. La tumeur redevint bientôt aussi proéminente, à peu près, qu'elle l'étoit avant qu'on commençât l'application d'un appareil compressif : mais, chose fort remarquable, elle a cessé de s'étendre en circonférence, et n'a fait aucun progrès ultérieur. L'enfant touche maintenant à la fin de sa quatrième année, et la tumeur sur laquelle, au reste, existe toujours la tache de la peau, semble avoir plutôt diminué qu'augmenté ; à

moins qu'elle ne paroisse plus petite à cause du développement général de l'enfant. Dans cette dernière supposition même, elle seroit restée stationnaire. On ne sent qu'avec beaucoup de peine les pulsations des deux petites artères qui paroissoient si développées pendant le temps que la tumeur étoit soumise à la compression.

S'il est permis de tirer une conséquence générale d'un fait en particulier, celle qui se présente ici, c'est que pour une tumeur fongueuse sanguine, comme pour une tumeur anévrismale, la compression sur la tumeur même ne peut être exercée avec avantage, et avec quelques probabilités de succès, qu'autant que cette tumeur repose sur des parties solides qui peuvent servir de point d'appui. Il faut aussi que cette compression puisse être exercée à un degré assez considérable sur toute la surface de la tumeur, au-delà même de sa circonférence, et, s'il se pouvoit, jusque sur les branches artérielles qui alimentent cette tumeur.

Je ne veux plus faire qu'une remarque sur le vrai *fungus hématodes* consécutif aux taches vermeilles congénitales de la peau. Puisque ces taches disposent à des tumeurs fongueuses sanguines, qui se développent, tantôt dans les premiers temps même de l'existence, tantôt à un âge plus avancé de la vie, pourquoi n'iroit-on pas au-devant de la formation de la tumeur fon-

gueuse sanguine ou variqueuse, en détruisant d'une manière quelconque la disposition de la peau qui doit y donner lieu ? Pourquoi, chez un enfant qui naît avec une de ces taches vermeilles dont j'ai tâché de peindre l'apparence, ne convertiroit-on pas la portion de tégumens sur laquelle la tache existe en une escarre par l'application d'un caustique ? Ou pourquoi n'en feroit-on pas l'excision avec l'instrument tranchant ? De l'une et de l'autre manière, ce seroit attaquer la maladie dans son principe, et avant qu'elle se fût développée. Et si la tache de la peau étoit située favorablement pour être comprimée, ne pourroit-on pas aussi, par la compression, ramener lentement la peau à son état naturel, et détruire ainsi le principe de la tumeur variqueuse ? Ce dernier moyen, dont le résultat peut paroître plus incertain que celui des deux autres, a réussi au gré de mes désirs dans un cas que voici :

L'un de mes enfans, petite fille de quatre ans et demi, est né avec une tache vermeille sur la région temporale droite, immédiatement en dehors et un peu au-dessus de l'angle externe des paupières. Cette tache avoit la grandeur de l'ongle du pouce environ. Comme elle occupoit une partie sur laquelle on peut aisément fixer et faire agir un appareil compressif, je n'atten-

dis pas qu'une tumeur variqueuse se fût développée pour employer la compression. L'enfant avoit à peine deux mois lorsque je commençai à lui faire porter un petit bandage mécanique, au moyen duquel une pelote appliquée sur la tache rouge de la peau comprimoit mollement cette tache, ou plutôt la partie des tégumens qui en étoit le siége. Ce bandage, qu'il a fallu renouveler plusieurs fois à mesure que la tête de l'enfant acquéroit plus de volume, étoit laissé continuellement en place pendant le jour : on l'ôtoit pour la nuit. L'enfant l'a porté ainsi pendant trois ans sans interruption. Après ce temps, la tache de la peau avoit disparu aussi complétement qu'on pouvoit l'espérer, et de manière à me laisser sans crainte pour l'avenir. Il n'en restoit plus, et il n'en reste plus maintenant d'autre trace qu'une zone violacée d'une teinte très-légère. Cette zone répond à la circonférence de la tache primitive; et dans l'espace qu'elle circonscrit, les tégumens ont repris leur couleur et leur aspect naturels.

Anévrismes. Ce que les chirurgiens anglois ont fait pour perfectionner les opérations relatives à cette maladie.

L'anévrisme est une maladie plus fréquente en Angleterre qu'en France. J'entends parler, comme bien on l'imagine, de l'anévrisme des artères, et de l'anévrisme externe particulièrement. Quelle que soit la raison du fait, et on peut la trouver, je crois, dans le genre de vie,

dans la nature des travaux d'une grande partie de la population de l'Angleterre, les chirurgiens anglois se sont trouvés dans des circonstances favorables pour perfectionner le traitement de cette maladie. Ils ont mis ces circonstances à profit, et l'on ne peut leur refuser d'avoir plus que nous, soit dans le cours du siècle dernier, soit dans ces derniers temps, contribué aux progrès de l'art sous ce rapport.

Opération par l'ouverture du sac.

C'est dans les observations de Monro, de Macgill, sur l'*anévrisme du pli du bras*, observations qui font partie des Mémoires de la société d'Edimbourg, qu'on trouve la première description exacte de l'opération de l'anévrisme par l'ouverture du sac. Depuis, on a étendu cette opération à des anévrismes pour lesquels on ne croyoit pas qu'elle pût être pratiquée avec quelque espérance de succès; on a dû en modifier l'exécution, selon la situation et les rapports des différentes artères qui peuvent être le siége de la maladie : mais on n'est pas sorti de la route tracée par Monro; et si l'on avoit aujourd'hui à pratiquer l'opération de l'anévrisme par l'ouverture du sac, on devroit se conformer presque en tout point aux règles établies par cet habile chirurgien.

Méthode de Hunter.

Hunter n'a point imaginé l'autre manière d'opérer l'anévrisme, qui porte son nom, et qui consiste à lier l'artère à une distance plus

ou moins grande au-dessus de la tumeur, sans toucher à celle-ci : il n'a fait que la tirer de l'oubli dans lequel elle étoit tombée depuis Anel, qui, le premier, l'avoit mise en usage pour un anévrisme faux consécutif au pli du bras. Mais, attribuant au chirurgien anglois tout le mérite de l'invention, nous-mêmes nous nous sommes habitués à nommer cette méthode d'opérer l'anévrisme, *méthode de Hunter* plutôt que *méthode d'Anel*, parce que Hunter, en la reproduisant, l'appliqua aux anévrismes de l'artère poplitée, anévrismes beaucoup plus fréquens que ceux du pli du bras, et pour lesquels elle offre bien plus d'avantages; parce qu'il la pratiqua successivement plusieurs fois en assez peu de temps, et avec succès dans presque tous les cas; parce qu'enfin il se l'est, en quelque sorte, appropriée en la préconisant. Pareillement, nous la nommons *méthode de Hunter*, plutôt que *méthode de Desault*, quoiqu'à Desault revienne une partie de la gloire de l'avoir reproduite, parce que, dans l'opération qu'il pratiqua pour un anévrisme poplité, en liant l'artère poplitée même à son origine, Desault suivit un procédé défectueux, et que celui de Hunter qui, au moins pour les anévrismes de la même partie, consiste à faire la ligature de l'artère crurale, a prévalu. D'ailleurs combien n'avons-nous pas été prévenus contre

la méthode elle-même! Les chirurgiens anglois l'avoient adoptée généralement, que nous lui préférions encore l'opération par l'ouverture du sac. Cette opération d'Anel ou de Hunter s'est donc difficilement introduite parmi nous : nous n'y attachâmes pas, dans le principe, une grande importance ; il ne nous parut pas qu'elle dût faire faire à l'art de si grands progrès dans le traitement des anévrismes externes.

Cependant, appliquée d'abord aux anévrismes si fréquens de l'artère poplitée, puis à d'autres également opérables par l'incision du sac, tels que ceux de l'artère brachiale, de l'artère crurale à la partie moyenne de la cuisse, la méthode de Hunter, comme je l'ai dit ailleurs (1), a conduit à ces tentatives hardies par lesquelles la chirurgie semble avoir atteint ses dernières limites dans l'opération de l'anévrisme. La ligature de l'artère iliaque externe dans l'anévrisme inguinal, la ligature de l'artère axillaire à son origine, ou de la sous-clavière à sa terminaison pour l'anévrisme axillaire, la ligature de la carotide primitive entre une tumeur anévrismale dont cette artère ou l'une de ses principales branches est le siége, et le sternum, sont autant d'extensions de la

(1) Nouveaux Elémens de Médecine opératoire, tom. 1, deuxième partie.

méthode d'Anel ou de Hunter ; ou plutôt chacune de ces opérations est la méthode d'Anel ou de Hunter, appliquée à des anévrismes différens de ceux pour lesquels elle a d'abord été préconisée.

Jusqu'où les chirurgiens anglois portent la confiance dans les ressources de la nature pour le rétablissement de la circulation.

Ces dernières opérations, deux surtout, la ligature de l'artère iliaque externe, et celle de l'artère carotide primitive, opérations pratiquées pour des anévrismes contre lesquels la chirurgie ne possédoit que l'infidèle ressource des applications topiques, appartiennent à la chirurgie angloise. S'il faut croire à un fait dont j'avois déjà eu connoissance pendant mon séjour en Angleterre, et que je trouve rapporté avec des détails qui semblent en garantir l'authenticité dans un ouvrage sur l'anévrisme, qui a paru tout récemment à Londres (1), un chirurgien anglois a lié l'artère iliaque interne pour un anévrisme de l'artère ischiatique, l'une des deux branches par lesquelles l'iliaque interne se termine dans le bassin. Le projet de lier l'artère sous-clavière à son passage sur la première côte, lequel fut formé dans le sein de notre académie de chirurgie, les chirurgiens anglois l'ont mis à exécution, et sont allés au-delà : ils ne sont pas éloignés de croire qu'on pourroit

(1) Treatise on the diseases of arteries and veins ; by Joseph Hodgson. *London*, 1815.

lier cette artère en dedans des muscles scalènes avec quelques probabilités de succès. Ils vont même, mais j'ose à peine faire mention d'un tel projet, ils vont même, dis-je, jusqu'à parler de la ligature de l'artère innominée, tronc commun de la sous-clavière et de la carotide primitive du côté droit.

Tout cela suppose une grande confiance dans les ressources de la nature pour le rétablissement de la circulation après la suspension du cours du sang dans les plus grosses artères dont on puisse faire la ligature. Et en effet, cette confiance, les chirurgiens anglois l'ont au plus haut degré : ils la portent plus loin que nous. Il est d'autant plus curieux d'en faire la remarque, que, dans un temps, ils furent, comme nous, en arrière à cet égard, et, par cela même, timides en ce qui concerne l'opération de l'anévrisme. Déjà cette opération avoit réussi plusieurs fois en Italie, pratiquée au creux du jarret pour des anévrismes de l'artère poplitée, qu'en Angleterre, comme en France, l'amputation de la cuisse étoit encore recommandée comme l'unique ressource de l'art dans les anévrismes de cette artère. Bromfield, du temps duquel se faisoient les premières tentatives de la ligature de l'artère poplitée, s'est récrié contre une opération de ce genre qu'il avoit vu pratiquer, et considéroit comme extravagant le

projet de lier des artères plus considérables que la brachiale.

Différence entre leur nomenclature des anévrismes et la nôtre.

Avant d'exposer avec quelques détails la manière dont les chirurgiens anglois emploient la méthode de Hunter, pour l'opération de l'anévrisme, et de revenir sur l'application plus ou moins heureuse qu'ils ont faite de cette méthode à divers anévrismes qui, par leur siége, sembloient au-dessus de toutes les ressources de la chirurgie, j'ai à faire une remarque sur leur nomenclature des anévrismes comparée à la nôtre. Elle est la même, à très-peu près, pour ceux des anévrismes que nous nommons *anévrisme spontané*, ou par dilatation, *anévrisme faux primitif* ou *diffus*, et *anévrisme faux consécutif* ou *circonscrit* : mais quelques autres termes communs aux deux langues, à la différence près de la prononciation, n'ont pas tout-à-fait le même sens dans la désignation des autres espèces d'anévrismes. Nous avons nommé indifféremment *varice anévrismale*, *anévrisme variqueux*, *anévrisme par anastomose*, cette maladie qui survient lorsqu'une veine et une artère contiguës ayant été ouvertes par un même instrument, une communication permanente s'établit entre ces deux vaisseaux, communication de laquelle résultent le passage habituel d'une certaine quantité de sang de l'artère dans la veine, et la dilatation de celle-ci.

Les chirurgiens anglois la nomment exclusivement varice anévrismale, *aneurismal varix*, quand elle existe sous l'état que je viens de supposer, et c'est le cas le plus ordinaire, c'est-à-dire, quand l'artère et la veine entre lesquelles une communication accidentelle est établie restent étroitement unies, quand la dilatation de la veine est le seul effet auquel donne lieu l'ouverture permanente de l'artère. Mais il est une variété de cette maladie, fort rare à la vérité, et qu'on ne trouve même pas indiquée dans plusieurs de nos ouvrages les plus modernes de chirurgie, quoiqu'elle ait été bien observée par Park de Liverpool, et par Phisick de Philadelphie, qui en rapportent chacun un exemple; c'est le cas où en même temps qu'à la suite de l'ouverture simultanée d'une artère et d'une veine contiguës, la veine admet le sang de l'artère et se dilate, il se forme entre l'artère et la veine un anévrisme proprement dit : de telle manière qu'il y a dans le même point dilatation veineuse, et anévrisme, et que la veine communique, non avec l'artère immédiatement, mais avec le kyste anévrismal. C'est pour ce cas exclusivement que les chirurgiens anglois emploient le terme d'anévrisme variqueux, *varicose aneurism*. Quant enfin à celui d'anévrisme par anastomose, *aneurism from anastomosis*, j'ai déjà indiqué le sens dans lequel ils l'em-

ploient : ils désignent par ces mots, non pas l'une de ces maladies différentes les unes des autres sous quelques rapports, et que nous réunissons sous le titre général d'anévrismes, mais quelques-unes des tumeurs fongueuses sanguines, celles de l'espèce la plus bénigne, la mieux connue dans son caractère, et que nous nommions tumeurs variqueuses avant de leur avoir appliqué le nom de *fungus hematodes*, celles surtout qui succèdent à certaines taches congénitales de la peau.

De la préférence absolue qu'ils donnent à la méthode de Hunter.

Moins confians encore que nous ne le sommes dans la méthode de la compression, et dans l'usage des topiques pour le traitement des anévrismes externes, les chirurgiens anglois ont immédiatement recours à l'opération par la ligature. La méthode de Hunter est celle qu'ils pratiquent généralement. Ils n'admettent même pas qu'il y ait des cas dans lesquels l'opération par l'ouverture du sac puisse être préférée, sans être néanmoins indispensable. Et, chose fort singulière, le même motif qui nous porteroit à adopter pour quelques cas d'anévrismes proprement dits, l'opération par l'ouverture du sac, est allégué par les chirurgiens anglois en faveur de l'opération par la méthode de Hunter. Ceci demande explication. Qu'on suppose un anévrisme développé de telle manière que, près du centre de la tumeur, ou, pour mieux dire,

près de l'ouverture par laquelle l'artère communique avec la tumeur, se trouvent les orifices d'artères collatérales qui seroient utiles pour le rétablissement de la circulation ; il est évident qu'en pratiquant l'opération par la méthode de Hunter, c'est-à-dire, en liant l'artère au-dessus de la tumeur, on sacrifie, non pas à la vérité les dernières ramifications, mais les orifices et les premières branches de ces artères collatérales. Soit, par exemple, un anévrisme de la partie supérieure de l'artère crurale, qui, bien que formé primitivement au-dessous de la musculaire profonde, couvriroit cependant l'orifice de cette artère : il est clair qu'en pratiquant la ligature de l'artère crurale au-dessus de la tumeur, on se privera de cette importante ressource pour le rétablissement de la circulation dans le membre inférieur. Le désir et l'espoir de conserver l'artère musculaire profonde nous feroient adopter, pour un tel anévrisme, l'opération par l'ouverture du sac préférablement à l'opération par la méthode de Hunter : et Scarpa lui-même, si grand partisan de cette méthode, Scarpa, qui semble n'avoir composé son ouvrage que pour la préconiser, consacre une exception pour le cas que je viens de supposer. Les chirurgiens anglois, au contraire, trouveroient à faire l'opération par l'ouverture du sac dans ce cas en particulier, et dans

d'autres analogues, cet inconvénient-ci; savoir, que les ligatures seroient appliquées trop près de l'origine des artères collatérales qui doivent admettre le sang après l'opération. Ils sont préoccupés de l'idée qu'un tronc artériel étant lié dans un point donné, la trop grande proximité des principales artères collatérales dispose à des hémorrhagies consécutives; et la raison, assez spécieuse toutefois, qu'ils en donnent, est celle-ci : le sang étant poussé par le cœur jusqu'aux orifices de ces collatérales, et ne se détournant de son cours qu'à peu de distance du point où les ligatures ont été placées, l'artère ne peut pas être oblitérée aussi parfaitement et dans une aussi grande étendue, au moment de sa section par les ligatures, qu'elle le seroit si celles-ci avoient été séparées des orifices des vaisseaux collatéraux par un plus grand intervalle.

Ainsi, d'après la manière de voir des praticiens anglois, plus les ligatures sont éloignées des artères secondaires dans lesquelles le sang doit pénétrer, moins on a à craindre l'hémorrhagie au moment où les ligatures coupent l'artère sur laquelle elles ont été appliquées : plus, au contraire, ces ligatures sont voisines des principales branches collatérales, plus on a lieu de craindre l'hémorrhagie. Reste à savoir jusqu'à quel point leurs conjectures à cet égard sont

fondées ; reste à savoir aussi si la certitude de conserver les ressources principales pour le rétablissement de la circulation, et l'avantage qui doit en résulter, en pratiquant dans quelques cas d'anévrismes, et en particulier dans celui que j'ai supposé, l'opération par l'ouverture du sac, ne doivent pas l'emporter sur la crainte et le danger d'hémorrhagies consécutives. Voici un fait que j'opposerai à l'opinion des chirurgiens anglois, sans prétendre néanmoins en déduire des conséquences trop absolues. Il est tout récent, et du reste analogue à quelques autres qu'on pourroit recueillir dans les fastes de l'art. Il y a trois mois, un homme fut amené à l'hôpital de la Charité presqu'au moment où il venoit de recevoir un coup de couteau à la partie antérieure de la cuisse, un peu au-dessous de la partie moyenne. L'instrument plongé dans l'épaisseur des chairs de la cuisse avoit fait une plaie assez étroite, quoiqu'il eût pénétré profondément. L'artère crurale étoit ouverte. Au lieu de la découvrir au niveau même de la plaie, pour placer des ligatures immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ouverture, je préférai la lier à quelque distance au-dessus du point où je pouvois supposer qu'elle étoit ouverte. Je fis donc l'opération au bas de l'espace inguinal, comme si j'avois eu à suivre le procédé de Scarpa dans

Fait relatif à la ligature de l'artère crurale ouverte dans une blessure à la cuisse.

une opération d'anévrisme poplité opéré par la méthode de Hunter. Le membre conserva sa chaleur et sa sensibilité naturelle; nous n'eûmes pas un moment à craindre le développement de la gangrène : mais le dixième jour de l'opération il y eut une hémorrhagie. Inutilement je me servis, pour l'arrêter, d'une ligature d'attente que j'avois placée au-dessus des deux ligatures avec lesquelles le cours du sang avoit été jusqu'alors intercepté dans l'artère : je fus obligé de découvrir l'artère crurale au-dessus du point où elle avoit été liée. De nouvelles ligatures furent appliquées immédiatement au-dessous de l'origine de la musculaire profonde : ces ligatures mirent fin à l'hémorrhagie, qui avoit sa source du côté du cœur. Mais le lendemain une hémorrhagie eut lieu par le bout inférieur de l'artère, peut-être même par l'orifice inférieur de l'artère qui, suivant ce que je soupçonne, avoit été coupée complétement en travers par l'instrument vulnérant au moment de la blessure. Je fus donc dans la nécessité de découvrir l'artère crurale inférieurement, et d'appliquer des ligatures près de l'ouverture du muscle troisième adducteur. Le sang n'a plus reparu : toutes ces ligatures, tant supérieures qu'inférieures, sont tombées du quinzième au dix-huitième jour après les deux dernières opérations, sans qu'aucune hémorrhagie nouvelle

ait eu lieu, ni par l'un ni par l'autre des deux bouts de l'artère, que séparoit un grand intervalle. Le malade est, depuis long-temps, hors de danger. L'énorme plaie résultante des trois opérations pratiquées successivement, touche au terme de sa cicatrisation. Je ne m'arrêterai pas ici à la circonstance d'une hémorrhagie par la partie inférieure de l'artère, hémorrhagie qu'a déterminée le rétablissement très-prompt de la circulation, et de laquelle on pourroit déduire des conséquences contre l'opération par la méthode de Hunter dans les cas de plaie avec ouverture d'une grosse artère, et de plaie récente surtout. Considérant seulement l'hémorrhagie qui eut lieu du côté du cœur, je ferai remarquer qu'elle s'est manifestée au moment de la section de l'artère par les premières ligatures placées assez loin de la musculaire profonde, et qu'elle n'a pas récidivé lors de la séparation des secondes ligatures, qui se trouvoient appliquées immédiatement au-dessous de cette principale branche collatérale. Cependant, lorsque je plaçai ces secondes ligatures, le sujet étoit très-affoibli par la perte considérable de sang qu'il avoit éprouvée, et il y avoit tout lieu de craindre qu'elles ne fussent moins efficaces encore que les premières pour procurer une prompte oblitération de l'artère.

En pratiquant l'opération par la méthode de

De quelle manière les chirurgiens anglois pratiquent l'opération par la méthode de Hunter, particulièrement pour l'anévrisme poplité.

Hunter pour les anévrismes de l'artère poplitée, qu'on sait être les plus fréquens de tous les anévrismes externes, les chirurgiens anglois lient l'artère crurale un peu au-dessus de la partie moyenne de la cuisse, au bas de l'espace inguinal. En cela, ils suivent le procédé recommandé par Scarpa, procédé bien préférable, en effet, à celui de Hunter, dans lequel l'artère crurale étoit mise à découvert immédiatement au-dessus de l'ouverture du muscle troisième adducteur. On trouve, à pratiquer l'opération au-dessus de la partie moyenne de la cuisse, le très-grand avantage de découvrir l'artère dans un point où elle est placée superficiellement, et de pouvoir facilement l'isoler pour l'application des ligatures, parce qu'elle est unie aux parties qui l'avoisinent par un tissu cellulaire assez lâche.

Les chirurgiens anglois professent des vues particulières sur le mécanisme par lequel la nature procède à l'oblitération d'une artère embrassée par des ligatures. Ces vues les ont conduits à adopter une manière de faire agir les ligatures elles-mêmes sur l'artère, pour y intercepter le passage du sang, qui s'éloigne notablement de la nôtre. Ils préfèrent l'étreinte ou la constriction circulaire de l'artère à son aplatissement, et se servent, non pas comme nous le faisons, de ligatures un peu larges, aplaties ou disposées

en rubans, mais de ligatures rondes. Ils en placent une seule ou deux au plus, et toutes deux alors destinées à étreindre l'artère au moment de l'opération ; car ils n'emploient pas de ligatures d'attente. Ils ont quelquefois pratiqué la section de l'artère entre deux ligatures : mais ce procédé ancien, reproduit dans ces derniers temps et préconisé par M. Maunoir, n'est plus suivi généralement par les chirurgiens anglois, qui s'en étoient montrés d'abord assez partisans. Enfin, ne mettant pas de ligatures d'attente, rien ne s'oppose à ce qu'ils réunissent par première intention la plaie au moyen de laquelle l'artère a été mise à découvert dans l'opération par la méthode de Hunter : c'est aussi ce que font les chirurgiens anglois.

Pour déterminer au juste laquelle, de la manière dont les chirurgiens anglois se proposent de faire agir des ligatures sur une artère, ou de la nôtre, est préférable, il faudroit pouvoir comparer les résultats d'un certain nombre d'opérations également bien faites suivant chacun des deux procédés, et dans des circonstances semblables autant que possible : il faudroit savoir surtout dans quelle série de cas les hémorrhagies consécutives se sont montrées moins fréquemment, et dans laquelle enfin on a compté un plus grand nombre de succès. Difficilement pourra-t-on comparer les résultats de

l'expérience à cet égard ; et je doute que jamais nous adoptions la manière trop simple, à ce qu'il me semble, dont les chirurgiens anglois pratiquent la ligature dans l'opération de l'anévrisme par la méthode de Hunter. Je crois que nous tiendrons long-temps à l'aplatissement de l'artère, à l'application de ligatures un peu larges et aplaties, et à l'application de ligatures d'attente. Pour moi, du moins, j'aurois de la peine à ne pas faire à l'avenir l'opération par la méthode de Hunter, pour l'anévrisme poplité surtout, de la même manière que je l'ai pratiquée deux fois depuis moins d'un an. L'opinion des chirurgiens françois n'étant pas encore aussi générale et aussi prononcée qu'elle pourroit l'être en faveur de la méthode de Hunter, je crois faire une chose utile en consignant ici les résultats de ces deux opérations pratiquées pour deux anévrismes de l'artère poplitée.

Faits relatifs à cette opération, et propres à l'Auteur de cet ouvrage.

La première a été faite au mois de novembre de l'année dernière, il y a bientôt un an. Le malade étoit un serrurier âgé de cinquante-huit ans, chez lequel un anévrisme spontané de l'artère poplitée s'étoit développé depuis un an environ. Lorsque cet homme entra à l'hôpital, et que je lui fis l'opération, qui étoit presque urgente, la tumeur anévrismale avoit acquis un grand développement. Elle étoit accompagnée d'un engorgement œdémateux et

variqueux assez considérable de la jambe et du pied ; et depuis quelque temps le malade avoit été obligé de suspendre les travaux de sa profession. Ayant décidé de pratiquer l'opération par la méthode de Hunter, je découvris l'artère crurale, non immédiatement au-dessus de l'ouverture du muscle troisième adducteur, comme le faisoit Hunter, et comme cela a été fait tant de fois après lui, tant en Angleterre qu'en France, mais au bas de l'espace inguinal, un peu au-dessus de la partie moyenne de la cuisse. L'artère fut isolée complétement de toutes les parties environnantes, même de la veine crurale, dans l'étendue d'un pouce environ. Je plaçai quatre ligatures, à deux lignes d'intervalle les unes des autres. Les deux moyennes servirent à intercepter le passage du sang dans l'artère : la première et la dernière, c'est-à-dire la plus supérieure et la plus inférieure des quatre, furent conservées comme ligatures d'attente. Je suivis encore exactement, et à dessein, le procédé recommandé par Scarpa, en ceci, qu'avant de faire agir les deux ligatures moyennes, j'appliquai sur l'artère un petit corps cylindrique long d'un pouce, et de deux lignes de diamètre. C'est sur ce corps, fait avec une petite pièce de sparadrap roulée sur elle-même, que furent pratiqués les deux nœuds simples de chacune des deux ligatures moyennes. De cette manière,

l'artère étoit aplatie, et non étreinte ou comprimée circulairement. Je me gardai bien de réunir la plaie ; les lèvres en furent tenues écartées par de la charpie mollette, qu'assujettissoit un appareil très-lâché et composé de longues compresses qui entouroient la cuisse. Tout le membre ayant été mis dans une demi-flexion, et renversé sur la partie externe, des sachets remplis de sable chaud furent placés sur les côtés de la jambe et du pied, pour y favoriser à la fois et le développement de la chaleur naturelle, et le jeu des vaisseaux capillaires. La tumeur, dont les pulsations cessèrent à l'instant même de l'opération, s'est affaissée promptement; le membre a conservé sa sensibilité et sa température naturelle. Il n'y eut point d'hémorrhagie. Toutes les ligatures tombèrent le dix-neuvième jour après celui de leur application, entraînant avec elles le petit cylindre sur lequel les deux moyennes avoient été nouées. C'est à peu près à cette époque que nous commençâmes à sentir autour du genou, mais d'une manière obscure, les battemens des artères articulaires. Dès-lors le succès de l'opération étoit assuré : et en effet, la plaie, débarrassée des corps étrangers pour le placement desquels elle avoit été pratiquée, marcha, assez lentement néanmoins, vers la cicatrisation, en même temps que la tumeur du jarret diminuoit

de volume. Cependant, soit à cause de la seule position prolongée du membre sur le côté externe, soit aussi parce que l'engorgement œdémateux de la jambe et du pied, avant l'opération, avoient déterminé dans le membre un état de foiblesse, d'atonie, qui a dû être augmenté par les résultats de l'opération même, il s'est formé sur le côté externe du pied une escarre assez étendue et assez profonde. La séparation de cette escarre a donné lieu à la dénudation des os du tarse : il y a eu exfoliation de quelques parcelles de ces os, et la plaie des parties molles s'est cicatrisée avec une telle lenteur, que la convalescence du malade s'est prolongée jusqu'à ce jour. Il est encore actuellement à l'hôpital, se levant, marchant avec des béquilles, mais ne pouvant pas encore se servir facilement de son membre.

Il y a maintenant quatre mois que j'ai pratiqué la seconde opération, par la méthode de Hunter pareillement, pour un autre anévrisme poplité. Le sujet étoit dans des circonstances plus favorables que le précédent, et le succès de l'opération a été plus complet. C'étoit un homme de trente-cinq ans. La tumeur du jarret, qu'il croyoit s'être développée depuis trois mois seulement, n'avoit qu'un médiocre volume : la jambe et le pied étoient dans un état sain. J'opérai ce malade au mois de juin dernier, quel-

ques jours après son entrée à l'hôpital. L'opération fut pratiquée de point en point comme la précédente, avec cette seule particularité, qu'un peu contre mon gré, la veine crurale fut comprise avec l'artère dans les ligatures. Il n'y a point eu d'hémorrhagie consécutive, et le rétablissement de la circulation dans le membre s'est effectué avec beaucoup de facilité et de promptitude. De même que chez l'autre malade, c'est le dix-neuvième jour après l'opération que sont tombés toutes les ligatures et le cylindre qu'elles embrassoient. La guérison de la plaie n'a éprouvé aucun retard. Au moment où je communique ce fait, elle est cicatrisée depuis long-temps, et la tumeur du jarret, dure et sans pulsation aucune, est réduite à un très-petit volume : le malade a repris le libre usage de son membre. Il est néanmoins encore sous nos yeux à l'hôpital : ce n'est que depuis quelques jours qu'il est guéri d'une plaie qui a succédé à la séparation d'une escarre parfaitement ronde, peu étendue, et ne comprenant pas plus que l'épaisseur de la peau, escarre qui s'étoit formée sur le côté externe du talon, là où la peau avoit été soumise, par l'effet de la position du membre, à une compression prolongée.

Cette circonstance d'une escarre formée sur la partie externe du pied, dans les deux cas

dont il vient d'être parlé, est un avertissement de ne pas laisser trop long-temps le membre dans la même position après l'opération de l'anévrisme. J'y ai eu égard dans le cas plus récent que ces deux là, et que j'ai rapporté plus haut, où j'ai fait la ligature de l'artère crurale pour un anévrisme faux primitif. Il ne s'est pas formé d'escarre au pied, et le parfait rétablissement du malade ne s'est fait assez long-temps attendre qu'à cause de l'énorme étendue de la plaie de la cuisse.

Il y a quelques années que l'un de nos plus habiles praticiens, M. Dubois, imagina de modifier l'opération de l'anévrisme par la méthode de Hunter, en faisant agir une ligature sur l'artère crurale de manière à n'y intercepter que lentement le cours du sang, se proposant de retirer et ayant en effet retiré cette ligature après quelques jours, au moment de la suppression des battemens de la tumeur. Un chirurgien d'Edimbourg, Jones, a conçu, dans le même temps, un projet à peu près semblable. Seulement il veut que la ligature, n'étant non plus laissée en place que très-peu de temps, son action soit telle néanmoins, qu'il en résulte la rupture des membranes interne et moyenne de l'artère. Je ne sais pas si, en Angleterre, on avoit déjà fait sur l'homme des essais de ce procédé, à l'appui duquel Jones a présenté les

Modification à l'opération par la méthode de Hunter. Observation.

résultats d'expériences sur les animaux vivans : mais il vient d'être employé par M. Cooper, et l'événement n'a pas répondu à l'attente de l'opérateur. On vouloit éviter la section, ou tout au moins la section trop prompte de l'artère, et se prémunir contre l'hémorrhagie : ce but n'a pas été rempli. Dans une lettre que j'ai reçue de lui, il y a deux mois environ, M. Cooper me dit : « Je viens de faire la ligature de l'artère crurale pour un anévrisme poplité ; j'ai suspendu complétement le cours du sang pendant trente-deux heures : après ce temps, je cessai la compression de l'artère ; mais les battemens de la tumeur reparurent. Je fis agir de nouveau la ligature pendant quarante heures, et la tumeur ne présenta plus de pulsation ». M. Cooper ne me parle pas du moyen qu'il a employé pour serrer et relâcher à volonté la ligature : c'étoit sans doute un serre-nœud, ou une sorte de presse-artère. Il ne me dit pas non plus si, après les soixante-douze heures, la ligature étant relâchée, et la tumeur n'ayant plus de battemens, il retira cette ligature, ou s'il la laissa en place sans la faire agir sur l'artère, pour s'en servir au cas qu'il survînt une hémorrhagie. S'il ne l'avoit pas laissée dans la plaie, il fut obligé, plus tard, d'en appliquer une ou plusieurs autres, après, sans doute, avoir agrandi la plaie. Au douzième jour, en effet,

depuis l'époque à laquelle l'opération avoit été pratiquée, le malade eut une hémorrhagie considérable : M. Cooper lia complétement l'artère; et, au moment où il m'écrivoit, le malade étoit dans un aussi bon état qu'on pouvoit le désirer.

Il faut l'avouer sans détour, la ligature de l'artère carotide primitive, et celle de l'artère iliaque externe, sont incontestablement deux des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne : nous n'avons pas apprécié cette double entreprise autant qu'elle méritoit de l'être. J'ai vu, à Londres, le second des deux malades sur lesquels M. Cooper a fait la ligature de l'artère carotide primitive au-dessous de la tumeur, pour des anévrismes de la fin de ce gros tronc artériel. Il est inutile que je retrace ici les circonstances de ces deux faits importans : ils ont été consignés dans presque tous nos ouvrages périodiques de médecine ; moi-même j'en ai fait usage, et je les ai rapportés assez en détail dans mon Traité d'Opérations. On sait que le premier malade, qui étoit une femme âgée de quarante-quatre ans, et que M. Cooper opéra en 1805, mourut, au vingt-troisième jour de l'opération, des suites de l'inflammation et de la rupture de la poche anévrismale. Chez le second malade, qui fut opéré en 1808, et que M. Cooper a eu la complaisance de me

Ligature de l'artère carotide primitive. Faits.

présenter, toute trace de la maladie a disparu. On ne voit, sur le côté gauche du cou, que la cicatrice de la plaie qui y a été faite. Trois mois après l'opération, le malade, qui étoit porteur dans un magasin de fer, a pu reprendre son travail. Je l'ai vu transportant sur ses épaules de grosses et longues barres de fer, genre d'occupations qu'il remplit depuis un grand nombre d'années, et qu'il croit avoir contribué dans le temps au développement de la maladie.

Un tel succès étoit bien propre à enhardir les praticiens. Plusieurs fois, dans ces derniers temps, on a fait, tant en Angleterre qu'en France, la ligature de l'artère carotide primitive à l'occasion de blessures, surtout de blessures par armes à feu, dans lesquelles cette artère elle-même, ou l'une des branches qui en proviennent, avoit été ouverte. L'opération a été couronnée de succès dans quelques cas. Il n'y a que quelques mois encore, M. Larrey, étant à Bruxelles, l'a vue réussir chez un soldat anglois, sur qui elle fut pratiquée par un chirurgien militaire de sa nation. Mais un cas plus curieux que tous ceux-là, où l'on a fait avec succès, en Angleterre, la ligature de l'artère carotide primitive, est le suivant, que je vais rapporter d'une manière succincte, en renvoyant,

pour de plus grands détails, à l'ouvrage dans lequel il est rapporté (1).

Une femme de trente-quatre ans portoit dans l'orbite une tumeur fongueuse sanguine de l'espèce de celles que les chirurgiens anglois nomment *anévrisme par anastomose*. Cette tumeur présentoit des pulsations légères. La malade en faisoit remonter l'origine à plusieurs années. Elle s'étoit développée au point de remplir complétement l'orbite : l'œil étoit poussé hors de cette cavité; et les deux paupières, distendues, formoient comme deux poches séparées. On tenta sans succès la compression et l'application de la glace. Pour faire l'ablation de la tumeur, il auroit fallu en même temps extirper l'œil; et le résultat d'une telle opération étoit plus que douteux, parce qu'on ne connoissoit pas les limites de la maladie. La compression de l'artère temporale et de la maxillaire externe ne produisoit aucune diminution dans le volume de la tumeur, et n'en faisoit pas cesser les pulsations; mais on remarqua que celles-ci étoient suspendues, et que la tumeur s'affoissoit par la compression de la carotide primitive. Cette circonstance donna lieu de penser qu'on pourroit pratiquer avec

(1) Transactions of the Medico-Chirurgical Society of London. Vol. III.

avantage la ligature de cette artère, entreprise que justifioient en partie les progrès rapides du mal, et à laquelle autorisoit aussi, jusqu'à un certain point, l'heureux résultat que M. Cooper en avoit obtenu précédemment. De l'avis même de ce dernier praticien, l'opération fut faite par M. Travers, l'un des jeunes chirurgiens de Londres les plus distingués, homme d'un vrai savoir, dont j'ai déjà eu occasion de parler, et qui, depuis l'année dernière, a été nommé l'un des chirurgiens de l'hôpital S. Thomas. Il plaça sur l'artère carotide deux ligatures à un quart de pouce d'intervalle l'une de l'autre. L'opération ne fut suivie d'aucun accident. Les lèvres de la plaie avoient été rapprochées par des bandelettes agglutinatives. La ligature supérieure se détacha le vingt-unième jour, et l'inférieure le vingt-deuxième. La tumeur de l'orbite diminua insensiblement de grosseur : l'œil devint moins proéminent. La malade fit une fausse-couche cinq mois après l'opération : elle eut une perte considérable, qui, par l'affoiblissement qu'elle en éprouva, parut contribuer au décroissement de la tumeur, laquelle a mis néanmoins trois ou quatre ans à disparoître entièrement. L'année dernière, au moment où j'étois à Londres, il y avoit très-peu de temps que M. Travers avoit vu la femme qui fait le sujet de cette observation. Cinq ans s'étoient écoulés depuis l'opération :

cette femme, durant ce laps de temps, étoit devenue enceinte trois fois ; elle jouissoit d'une santé parfaite, et l'on ne distinguoit aucune trace de la maladie dont l'orbite avoit été le siége.

Ligature de l'artère iliaque externe pour l'anévrisme inguinal. Faits.

La ligature de l'artère iliaque externe pour des anévrismes de l'artère crurale au pli de l'aine, a déjà été pratiquée un si grand nombre de fois, le nombre des succès est déjà même si considérable, qu'on ne peut que blâmer l'indifférence avec laquelle il en est fait mention dans quelques-uns des ouvrages de chirurgie les plus récemment publiés en France. On compte en ce moment vingt-trois faits relatifs à cette ligature de l'artère iliaque externe : elle a complétement réussi sur quinze malades. Dans ces vingt-trois opérations, je comprends les deux qui ont été faites en France, l'une à Brest, par M. Delaporte, l'autre à Lyon, par M. Bouchet, et que nous ne révoquons point en doute. Dans le nombre des succès, doit être comprise l'opération de M. Bouchet, puisque le malade y a survécu plus d'un an, et qu'il est mort l'année qui suivit celle où l'opération lui avoit été pratiquée, des suites d'un anévrisme inguinal du côté opposé. Des vingt-une autres opérations, quinze ont été faites à Londres même, dans divers hôpitaux de cette capitale, par MM. Abernethy, Ramsden, Astley Cooper,

Brodie et Lawrence, tous hommes auxquels il seroit aussi impossible qu'à nous de publier des faits controuvés.

M. Cooper seul avoit pratiquée six fois la ligature de l'artère iliaque externe avant mon voyage à Londres ; et, pendant mon séjour dans cette ville, je la lui ai vu faire pour la septième fois. Quatre de ses malades ont guéri parfaitement. L'un des trois autres mourut dans le cours de la treizième semaine après l'opération, par la rupture d'un anévrisme de l'aorte. A cette époque, la circulation étoit rétablie dans le membre. J'ai vu ce membre injecté, parmi les pièces anatomiques que conserve M. Cooper : de grandes et belles anastomoses existoient autour du bassin, entre les branches dilatées de l'artère iliaque interne et de l'artère crurale. Chez le sixième malade, la gangrène s'empara de la jambe, et l'on pratiqua sans succès l'amputation de la cuisse. Le septième enfin est mort des suites d'une hémorrhagie qui eut lieu le quatorzième ou quinzième jour de l'opération : c'est celui-là même à l'opération duquel j'ai assisté. Voici quelques détails sur cette dernière.

Le sujet étoit un charpentier, âgé de trente-huit ans. Quoique la tumeur anévrismale s'étendît depuis la partie moyenne de la cuisse jusque près du ligament de Fallope, ce ligament néanmoins étoit libre : il m'a paru qu'on pouvoit

encore comprimer l'artère crurale sur la branche horizontale du pubis ; et il eût été rigoureusement possible de faire l'opération par l'ouverture du sac. Mais cette opération eût présenté de très-grandes difficultés, et il est douteux qu'on eût pu placer les ligatures supérieures au-dessous de l'origine de l'artère musculaire profonde. Ainsi, la ligature de l'iliaque externe étoit parfaitement indiquée. Elle fut pratiquée avec une admirable précision. M. Cooper fit aux tégumens de l'abdomen une incision demi-elliptique, dont la convexité étoit tournée en dehors et en bas, depuis au-dessus et un peu au-dedans de la partie moyenne du ligament de Fallope, jusqu'au-dedans et un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il divisa ensuite successivement, et les uns après les autres, les divers plans aponévrotiques et musculaires interposés entre les tégumens et le péritoine, détacha cette membrane de dessus le faisceau des muscles psoas et iliaque réunis, et parvint ainsi jusqu'à l'artère iliaque externe, qu'il isola de la veine qui l'accompagne et du nerf crural, sans lui faire éprouver aucun tiraillement. Pour passer une double ligature, dont une portion fut ensuite retirée, en sorte que l'artère fût étreinte par une seule ligature, et qu'on ne laissât pas de ligature d'attente, pour passer, dis-je, une double ligature, M. Cooper

se servit d'une tige d'acier montée sur un manche. Cet instrument, très-recourbé à son extrémité libre, et terminé par une petite olive dans l'épaisseur de laquelle étoit creusé l'œil ou le chas destiné à recevoir la ligature, a quelque rapport avec l'aiguille de M. Deschamps : il convient peut-être mieux que cette dernière pour le cas dont il s'agit, mais ne pourroit pas la remplacer dans d'autres circonstances. J'ai dit qu'une seule ligature avoit été laissée sur l'artère : elle a été fixée d'abord par un double nœud, ou ce qu'on appeloit autrefois le nœud du chirurgien, puis par un nœud simple. La plaie fut ensuite réunie par des bandelettes agglutinatives. C'étoit le 19 août que l'opération avoit été pratiquée. Je revis le malade le 23, le 27, et, pour la dernière fois, le 31 du même mois, conséquemment le cinquième, le huitième et le douzième jour après l'opération. Jusqu'à cette dernière époque, et même jusqu'au quinzième jour, son état étoit aussi satisfaisant qu'on pouvoit le désirer : la tumeur avoit beaucoup diminué de volume ; on n'y sentoit aucune pulsation ; le membre conservoit sa chaleur et sa sensibilité naturelle; le malade pouvoit remuer facilement les orteils et le pied ; il prenoit des alimens. Mais le quinzième jour il se fit par la plaie une hémorrhagie considérable, qui avoit été précédée de douleurs vives dans l'abdomen ;

le malade mourut deux jours après, l'avant-veille de celui où je quittai Londres. J'appris sa mort avant mon départ; mais je ne pus être témoin de l'ouverture du cadavre. On m'a seulement rapporté, et comme une particularité à laquelle on attachoit une grande importance pour expliquer l'hémorrhagie qui avoit fait périr le malade, que l'artère obturatrice, qui naît ordinairement ou du tronc même de l'iliaque interne ou de l'artère épigastrique, étoit fournie par l'iliaque externe, et en tiroit son origine immédiatement au-dessus du point où la ligature avoit été appliquée.

Cas de ligatures de l'artère crurale au-dessous d'un anévrisme de l'iliaque externe.

A ce que je viens de dire relativement à la ligature de l'artère iliaque externe pour les anévrismes inguinaux, se rattache naturellement un fait que je tire de la pratique de M. Cooper, et qui, je crois, n'est pas connu en France. On sait que, pour les anévrismes de cette sorte, et avant qu'on eût imaginé la ligature de l'artère iliaque externe, Brasdor le père, et Desault, avoient conçu l'idée de la ligature de l'artère crurale au-dessous de la tumeur. M. Deschamps est le seul des chirurgiens françois qui ait, dans un seul cas, exécuté l'opération projetée par Brasdor et Desault : l'issue en a été funeste. M. Cooper a répété cette tentative, non pour un anévrisme de l'artère crurale au pli de l'aine, mais dans un cas d'anévrisme de l'artère iliaque

externe pour lequel la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur étoit impraticable. Il lia donc l'artère crurale immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, entre l'origine de l'artère épigastrique et celle de l'artère musculaire profonde. Les battemens de la tumeur continuèrent; cela devoit être : mais la tumeur elle-même ne fit pas de progrès; bientôt même elle diminua de volume, et à tel point, qu'on pensa que plus tard il ne seroit peut-être pas impossible de lier l'artère iliaque externe au-dessus. Les ligatures tombèrent sans accident; et, après la guérison de la plaie, le malade fut envoyé à la campagne, pour le rétablissement de sa santé générale. Mais la tumeur s'ouvrit : il se fit un épanchement de sang dans l'abdomen et dans le tissu cellulaire du bassin, et le malade mourut sans que M. Cooper, sous les yeux duquel il n'étoit plus, ait pu savoir ni si la tumeur avant de se rompre avoit fait de nouveaux progrès, ni si la rupture de l'anévrisme avoit été provoquée par quelque circonstance accidentelle, et sans qu'on ait pu faire l'examen du cadavre.

Maladies des yeux, et opérations qui s'y rapportent.

Le funeste préjugé des gens du monde en faveur des oculistes est plus grand encore en Angleterre qu'en France ; et les chirurgiens anglois attachent de leur côté peu d'importance à faire rentrer la chirurgie des yeux dans le

domaine général de l'art. En France, au contraire, le règne des oculistes touche à sa fin : bientôt nous serons de nouveau en possession de la chirurgie des yeux, et nous aurons rattaché cette partie de l'art au tronc dont elle n'auroit jamais dû être séparée. Et comment ne serions-nous pas désireux de voir, sous ce rapport, nos efforts couronnés de succès? En effet, sans parler de ce qu'a d'offensant pour la chirurgie ce vernis de charlatanisme dont n'ont jamais voulu se dépouiller ceux même des oculistes auxquels on ne pouvoit refuser quelque talent, n'est-il pas remarquable que ce n'est point à eux, mais à des chirurgiens proprement dits, c'est-à-dire, à des hommes livrés à l'exercice de toutes les parties de la chirurgie, que sont dues les découvertes les plus importantes, les inventions les plus heureuses par lesquelles la chirurgie oculaire a été perfectionnée? Daviel, dira-t-on, oculiste, a créé l'opération de la cataracte par extraction : mais il n'a fait que convertir en une opération méthodique ce qu'avant lui Mery, J.-L. Petit, et d'autres chirurgiens avoient fait dans des cas où, soit par une cause accidentelle, soit au milieu de tentatives pour l'abaissement d'une cataracte, le cristallin avoit passé dans la chambre antérieure de l'œil. N'est-ce pas Cheselden qui a fourni les premiers exemples d'opérations pratiquées pour des cataractes de naissance? N'est-ce pas au même

chirurgien qu'est due l'opération de la pupille artificielle? La meilleure manière de pratiquer l'opération de la fistule lacrymale n'est-elle pas celle de J.-L. Petit, perfectionnée par Desault? Qu'étoient Louis, Bordenave, dont l'un n'a presque rien laissé à dire ou à faire après lui pour ce qui concerne certaines maladies de tout le globe qui conduisent à la nécessité de l'extirpation de cet organe, et sur cette extirpation elle-même; et dont l'autre n'a pas moins perfectionné le traitement de quelques maladies des paupières, notamment de l'éraillement de la paupière inférieure, ou de l'ectropion? des chirurgiens d'un éminent savoir et d'une grande habileté. Enfin, c'est à Scarpa, auquel on ne peut contester d'être un des hommes qui ont le plus illustré la chirurgie depuis vingt-cinq ans, c'est à Scarpa, dis-je, qu'on est redevable des innovations les plus utiles qu'ont éprouvées dans ces derniers temps la doctrine des maladies des yeux, et la pratique des opérations que plusieurs de ces maladies nécessitent.

Procédé d'Adams pour l'opération de la pupille artificielle.

Je ne vois guère, je ne dirai pas de perfectionnemens réels, mais d'inventions un peu remarquables dont puissent se prévaloir les oculistes modernes, que le procédé de M. Adams, oculiste de Londres, pour l'opération de la pupille artificielle, et l'opération qu'il propose de substituer à la simple excision de la conjonctive

dans l'éraillement ou le renversement en-dehors de la paupière inférieure. Encore le procédé de M. Adams pour la pupille artificielle, applicable surtout aux cas d'oblitération de la pupille naturelle, la cornée conservant sa transparence, n'est-il qu'une modification de celui de Cheselden; ou plutôt c'est celui de Sharp qu'il a fait revivre, et dont il paroît avoir obtenu plusieurs succès. Comme Sharp, M. Adams conseille l'usage d'un petit couteau, dont la lame, très-mince et longue de trois quarts de pouce environ, présente une largeur uniforme d'une demi-ligne ou de trois quarts de ligne au plus. Cette lame, qui n'est tranchante que sur l'un de ses bords, est terminée par une pointe très-acérée, mais non alongée, et plutôt disposée en rondache. L'instrument est plongé dans l'œil, à travers la sclérotique, derrière le limbe de la cornée, et là où l'aiguille est introduite pour l'opération de la cataracte par abaissement. Le tranchant de la lame doit être tourné en arrière. Aussitôt qu'on a traversé la sclérotique, la choroïde et la rétine, on perce l'iris de derrière en devant, près de sa grande circonférence, pour faire parvenir une partie de la lame de l'instrument dans la chambre antérieure de l'œil: puis avec le tranchant de cette lame, qui de cette manière est appliqué sur la face antérieure de l'iris, on divise cette membrane, au-

tant qu'il est possible dans toute l'étendue de son diamètre transversal. Les deux bords de cette division s'écartent un peu l'un de l'autre, soit par la rétraction des fibres musculaires rayonnantes de l'iris, s'il est vrai que l'iris admette de telles fibres dans sa composition, ce que j'ai peine à croire, soit par une simple contractilité de tissu, qui doit être d'autant plus efficace alors que l'iris a été un peu distendu par le fait même de l'oblitération de la pupille. Un peu de sang s'épanche au moment même de l'opération, dans la chambre antérieure, et trouble l'humeur aqueuse : mais si l'opération n'est suivie d'aucun accident qui entraîne la perte de l'œil, ce mélange d'un peu de sang avec l'humeur aqueuse n'est qu'un obstacle momentané, peut-être même un obstacle utile au rétablissement de la vue. Ce sang est absorbé insensiblement ; et à mesure que l'humeur aqueuse reprend sa transparence naturelle, on découvre la pupille nouvelle, qui, sous la forme d'une ouverture transversalement elliptique, livre un passage de plus en plus facile aux rayons lumineux.

Faits relatifs à cette opération.

Il y a quelques mois qu'ayant à pratiquer une pupille artificielle sur une dame chez laquelle l'oblitération de la pupille naturelle d'un côté seulement, avoit succédé à l'opération de la cataracte par extraction, j'ai mis en usage ce

procédé d'Adams. L'opération que je fis en présence de mon ami, M. le docteur Nacquart, qui portoit un grand intérêt à la malade, n'a présenté aucune difficulté, et n'a duré que quelques instans. Les résultats en ont été satisfaisans : l'œil fut à peine douloureux dans les premiers jours qui la suivirent ; il n'y survint pas d'inflammation. Après six semaines, le sang épanché dans la chambre antérieure au moment de l'opération, étoit résorbé ; l'humeur aqueuse étoit renouvelée, et la malade avoit recouvré la vue, qui n'est cependant pas parfaite. Peut-être l'œil du côté où la pupille artificielle existe, participe-t-il à une légère goutte sereine, qui, dans celui du côté opposé, paroît coincider avec un commencement de cataracte. D'ailleurs, la pupille artificielle, bien que livrant un accès facile à la lumière, n'est pas aussi grande qu'elle pourroit l'être : pratiquant l'opération pour la première fois par ce procédé, et gêné par le sang qui s'épancha très-promptement dans la chambre antérieure de l'œil, je crois n'avoir point assez étendu l'incision de l'iris vers la partie interne. La malade est plus satisfaite des résultats de l'opération que je ne le suis moi-même.

Soit dit à l'occasion du procédé de M. Adams pour l'opération de la pupille artificielle, je ne sais pas si, de toutes les manières assez différentes

dont on a proposé de faire cette opération, il en est une qui mérite d'être adoptée exclusivement aux autres. L'opération de la pupille artificielle n'a pas encore été pratiquée un si grand nombre de fois, qu'on ne puisse en connoître assez parfaitement les résultats : eh bien, on a obtenu des succès, et par la simple incision de l'iris dans le sens de l'un de ses diamètres, surtout dans le sens de son diamètre transversal, et par l'excision d'une portion de cette membrane, et par le décellement d'une partie de sa circonférence. Ce sont là les trois manières principales ou les trois méthodes par lesquelles on peut faire à l'iris une pupille artificielle : et peut-être s'agit-il moins maintenant de chercher à faire prévaloir l'une de ces méthodes sur toutes les autres, que d'adapter chacune d'elles à l'une des principales circonstances dans lesquelles on pratique l'opération de la pupille artificielle.

Pour consigner ici les seuls faits qui me soient propres relativement à cette opération, je ferai connaître le cas suivant, qui se rapporte à la manière de faire cette opération en décollant l'iris dans une partie de son bord adhérent, manière proposée et recommandée par Scarpa. Dans le cours de l'année 1813, nous eûmes, à l'hôpital de la Charité, un homme que deux affections différentes aux deux yeux rendoient complétement aveugle. Il l'étoit depuis plusieurs années.

Du côté gauche, l'iris et la pupille étoient masqués entièrement par un albugo très-épais qui occupoit toute la cornée : il n'y avoit aucune opération à entreprendre sur l'œil de ce côté. A l'œil gauche, dont la cornée transparente ne présentoit aucune altération, il existoit une cataracte qu'on pouvoit facilement juger être adhérente, à cause du rétrécissement considérable et de l'immobilité complète de la pupille; espèce de cataracte qui est toujours ou presque toujours membraneuse et cristalline, et dans laquelle aussi il est ordinaire qu'il y ait augmentation de densité, état presque cartilagineux de la capsule cristalline. Quoique j'eusse peu d'espoir de réussir, je me décidai à tenter l'abaissement de cette cataracte. C'étoit bien le cas de pratiquer l'opération par cette méthode. Je ne porte pas la prévention en faveur de l'extraction jusqu'à ne pratiquer jamais l'abaissement; je reconnois des cas dans lesquels cette dernière méthode doit être employée préférablement à l'extraction : mais toutes les fois qu'aucune circonstance particulière ne milite pour l'abaissement, et que les deux méthodes de pratiquer l'opération de la cataracte seroient également admissibles, je pratique l'extraction, qui m'a constamment mieux réussi que l'abaissement, et à laquelle m'attachent de plus en plus chaque jour les nombreux succès que

j'en obtiens. J'essayai donc, chez le malheureux dont je parle, d'abaisser la cataracte de l'œil droit, cataracte à la fois, sans doute, membraneuse et cristalline. Je ne réussis pas, c'est-à-dire, que je ne pus jamais parvenir à détacher de l'iris le cristallin ou sa capsule; l'adhérence étoit intime entre ces parties. Mais au milieu des tentatives que je faisois pour détruire ces adhérences, et malgré les ménagemens avec lesquels j'y procédois, l'iris se décolla dans une partie de sa circonférence, non à la partie interne, et là où Scarpa veut qu'on opère ce décollement, quand on pratique à dessein l'opération de la pupille artificielle, mais à la partie externe. Je ne vis plus d'autre parti à prendre que d'opérer le décollement de l'iris dans une plus grande étendue, et d'agrandir l'ouverture, qui étoit d'abord trop petite. Ce fut vers ce but que je dirigeai les mouvemens de l'aiguille à cataracte, et le résultat de l'opération fut ainsi, non la dépression de la cataracte, mais une pupille artificielle, que je n'avois pas projeté de faire, et qui occupoit le côté externe de l'iris. Il ne se fit aucune effusion de sang dans la chambre antérieure; l'humeur aqueuse ne fut pas troublée. Les accidens consécutifs à l'opération furent modérés, et l'opération elle-même a eu tout le succès qu'on pouvoit en espérer. L'ouverture artificielle de l'iris s'est maintenue; elle a livré

passage à la lumière, et le malade a quitté l'hôpital, voyant très-bien pour se conduire, et pouvant même distinguer beaucoup d'objets assez petits.

Procédé du même pour l'opération relative à l'ectropion.

Dans l'ectropion le plus simple, c'est-à-dire, dans le renversement en dehors de la paupière inférieure où les tégumens de cette paupière n'ont éprouvé aucune perte de substance, où le bord libre n'est tiré en bas par aucune cicatrice, il n'y a pas seulement tuméfaction de la conjonctive : par l'effet même du boursoufflement de cette membrane, le bord libre de la paupière est allongé, et a pris la forme d'un croissant dont la concavité est tournée en haut et un peu en avant. On oppose communément à une telle difformité l'excision de toute la portion de conjonctive qui appartient à la paupière inférieure, membrane qu'on divise le plus près possible du cartilage tarse, le long du bord libre de la paupière, et le plus près possible également de la plicature qu'elle forme en se réfléchissant sur le globe de l'œil. C'est l'opération recommandée par Bordenave, opération simple, presque toujours exempte d'accidens, et bien préférable à la simple incision transversale ou demi-elliptique de la peau au-dessous du bord libre de la paupière, qui, jusqu'à Bordenave, étoit la seule opération qu'on pratiquât

pour l'ectropion. A mesure que la plaie qui résulte de l'excision de la conjonctive guérit, le bord libre de la paupière est tiré en haut et un peu en arrière, et ramené ainsi sur le globe de l'œil. Jamais néanmoins il n'est porté assez en haut pour que les deux paupières puissent se toucher par l'abaissement de la supérieure; toujours l'œil reste un peu à découvert vers la partie inférieure.

Sans nier les avantages qu'on retire de l'excision de la portion de conjonctive engorgée et comme fongueuse dans l'ectropion, M. Adams prétend qu'on obtient des résultats plus satisfaisans encore, en joignant à cette excision de la conjonctive celle d'un lambeau triangulaire de la paupière même. Ce lambeau doit avoir sa base au bord libre de la paupière : cette base comprend donc une portion du cartilage tarse. Il résulte de l'excision du lambeau une plaie figurée en V, dont les lèvres doivent être réunies par un point de suture pratiqué près du bord de la paupière. Tel est le procédé que M. Adams a imaginé pour l'opération relative à l'ectropion, procédé en faveur duquel il rapporte plusieurs exemples de réussite. En perdant de vue ce que cette manière de pratiquer l'opération peut avoir de compliqué, elle auroit pour avantage immédiat de procurer la diminution de longueur du bord libre de la paupière. S'il

faut en croire M. Adams, le bord de la paupière ainsi raccourci, et ayant perdu sa forme recourbée, anticipe sur la surface de l'œil bien plus que lorsqu'on a pratiqué seulement l'excision de la conjonctive. L'ectropion est aussi, prétend-il, moins sujet à récidiver, ou plutôt ne peut plus se reproduire.

Ce que dit M. Adams pour faire valoir son procédé, de la récidive fréquente de l'ectropion après qu'on a seulement excisé la conjonctive, est une assertion gratuite et démentie par l'expérience. J'ai déjà, dans un assez grand nombre de cas, entrepris la guérison de l'ectropion par le procédé ordinaire : l'opération a toujours réussi autant que le permettoient le degré ou d'autres circonstances de la maladie ; et je suis encore à observer un cas où celle-ci ait récidivé. Reste donc, pour le procédé de M. Adams, l'avantage d'une guérison plus parfaite de la difformité, le bord libre de la paupière étant rendu presque droit, et devant anticiper beaucoup sur la partie inférieure de l'œil. Plusieurs faits que rapporte M. Adams semblent ne laisser aucun doute à cet égard. Mais M. Adams, dans les détails qu'il donne sur chacun de ces faits, s'est-il bien garanti de la prévention si ordinaires aux inventeurs en toutes choses ? Et, dans la supposition la plus favorable, l'avantage dont il s'agit est-il tel qu'on ne doive pas

craindre, pour l'obtenir, de pratiquer une opération plus délicate, plus minutieuse, plus compliquée que ne l'est la simple excision de la conjonctive?

M. Adams porte la confiance dans son procédé jusqu'à le présenter comme applicable aux cas où la paupière inférieure est tirée en bas et renversée par des brides, par des cicatrices difformes qui l'unissent à la joue, cas dans lesquels on considère généralement l'ectropion comme incurable. Mais il faudroit le pratiquer en même temps qu'on diviseroit les brides qui unissent la paupière inférieure à la joue. M. Adams pense, sans toutefois appuyer cette conjecture sur aucun fait, il pense, dis-je, que le bord inférieur de la paupière, dont une partie auroit été excisée, et dont la plaie seroit réunie, se trouvant raccourci et comme tendu, résisteroit par cela même à la force qui tendroit à produire un nouveau renversement, et qu'ainsi on pourroit obtenir la formation d'une cicatrice large et souple sur la plaie à laquelle auroit donné lieu la section des brides ou de l'ancienne cicatrice.

Infirmerie établie à Londres pour le traitement des maladies des yeux.

On ne peut trop louer sans doute le goût de la nation angloise pour les établissemens de bienfaisance : mais porté moins loin, et mieux dirigé, peut-être auroit-il des résultats plus satisfaisans encore. Certaines institutions de ce

genre, auxquelles on attache en Angleterre une grande importance, sont peut-être plus désavantageuses qu'utiles. Telles me semblent, en particulier, les diverses infirmeries établies dans plusieurs villes de l'Angleterre pour le traitement des maladies des yeux. Je n'ai vu que celle de Londres. C'est un dispensaire, ou un lieu central de consultations, plutôt qu'un hôpital ou une infirmerie proprement dite. Il n'y a qu'un petit nombre de lits disponibles dans cet établissement. On n'y admet pour rester pendant tout le temps nécessaire à leur guérison, que les individus qui ont des maladies d'yeux très-graves, et plus particulièrement ceux qui doivent subir ou qui ont subi pour ces maladies des opérations qui exigent qu'ils gardent le repos et renoncent momentanément à leurs occupations. On fait seulement à tous les autres malades une distribution gratuite des médicamens qui leur ont été prescrits par les médecins ou les chirurgiens attachés à cet établissement. Un jour de chaque semaine est consacré aux consultations et à la pratique des opérations. J'ai assisté plusieurs fois à ces consultations, et chaque fois j'ai vu une grande affluence de malades. Je ne sais pas, au reste, si tout individu affecté d'un mal d'yeux quelconque est libre de s'y présenter, ou si, comme pour être admis dans un hôpital, il est besoin

de la recommandation d'un des patrons ou souscripteurs de l'établissement.

Eh bien, toute prévention à part, une telle institution n'est pas d'une aussi grande utilité qu'elle peut le paroître au premier abord. Il ne se peut pas que les malades y reçoivent des secours aussi assidus que ceux qu'ils recevroient dans les hôpitaux : et combien la nécessité de sortir, et de s'exposer à l'injure de l'air, pour se rendre au lieu ordinaire des consultations, ne doit-elle pas être préjudiciable à beaucoup d'entre eux ! Cette institution n'est pas plus dans les intérêts de l'art. L'affluence des malades ne permet pas qu'ils soient visités avec toute l'attention convenable. Ce n'est pas non plus en ne les voyant qu'une fois par semaine, qu'on peut suivre exactement la marche de certaines maladies des yeux, et observer les suites de quelques-unes des opérations que ces maladies nécessitent. Cette institution a cet autre vice, qu'elle tend à consolider ce que les chirurgiens anglois devroient, comme nous, se montrer impatiens de faire cesser, la séparation de la chirurgie oculaire d'avec la chirurgie en général : elle tend à concentrer dans les mains d'un petit nombre d'hommes, les occasions de voir et de traiter les maladies des yeux. Je veux que, par un heureux hasard, ou par un choix qui a été réfléchi et calculé, il y ait en ce

moment, comme opérateurs à l'infirmerie de Londres pour les maladies des yeux, deux hommes distingués en chirurgie, M. Lawrence, l'un des chirurgiens de l'hôpital Saint-Barthelemy, et M. Travers, l'un de ceux de l'hôpital Saint-Thomas : mais je ne crois pas qu'il soit arrêté que leurs successeurs seront des chirurgiens, et non des hommes exclusivement livrés à la pratique de la chirurgie oculaire. Qui sait si eux-mêmes ne prendront pas bientôt cette dernière direction, ou s'il leur sera possible de lutter contre la réputation que les personnes du monde ne manqueront pas de leur faire, d'hommes plus habiles dans le traitement des maladies des yeux que dans les autres parties de l'art de guérir?

Toutefois, MM. Travers et Lawrence, attachés l'un et l'autre depuis assez peu de temps à cette infirmerie pour les maladies des yeux, où ils ont remplacé M. Saunders, n'ont point encore acquis, dans l'observation de ces maladies et dans la pratique des opérations qui s'y rapportent, ce tact, cette promptitude de jugement, et cette dextérité que donne une plus longue expérience, et qu'ils ne manqueront sans doute pas d'acquérir. Leur pratique, encore incertaine et flottante en beaucoup de points, ne m'a rien présenté de particulier dont je doive faire l'apologie ou la critique.

Opération de la fistule à l'anus.

Le bistouri de Pott, ou le bistouri à lame étroite et concave, pointu ou boutonné, suivant qu'on a ou qu'on n'a pas à perforer les parois du rectum avant de pratiquer l'incision, dans l'opération de la fistule à l'anus, est encore l'instrument de prédilection des chirurgiens anglois pour cette opération. Du moins est-ce avec cet instrument que je l'ai vu faire à Londres trois fois, dans trois hôpitaux, et par trois chirurgiens différens. Il faut ne l'avoir jamais pratiquée, ou ne l'avoir jamais vu pratiquer par le procédé qui consiste à conduire un bistouri droit ordinaire sur une sonde cannelée sans cul-de-sac qui parcourt le trajet fistuleux, et dont l'extrémité appuie sur la gouttière d'un gorgeret de bois introduit dans l'anus, pour ne pas adopter ce procédé exclusivement à tout autre. Que la fistule soit complète ou incomplète, c'est-à-dire, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas perforation des parois du rectum ; que l'orifice extérieur soit voisin ou éloigné de l'anus ; que le trajet fistuleux soit presque horizontal, c'est-à-dire, qu'il ne s'élève pas beaucoup au-dessus de l'anus, ou qu'au contraire il cotoie dans une certaine étendue les parois de l'intestin, et ne se termine qu'à un point assez élevé au-dessus de l'anus ; l'opération avec le gorgeret, le bistouri droit et la sonde cannelée légèrement pointue, sans cul-de-sac, et en acier plutôt qu'en

argent, afin qu'elle ne soit pas flexible, ne comporte aucune ou presque aucune modification. Elle convient également pour tous les cas, et s'applique parfaitement à toutes les variétés de la maladie.

Il n'y a qu'une seule chose peut-être à reprocher à ce procédé; c'est que, par la manière dont les parties à diviser sont comprises un moment dans l'angle formé par la sonde cannelée et le gorgeret, le bistouri agit ensuite en pressant plutôt qu'en sciant. Son action n'est pas aussi prompte qu'on pourroit le désirer : presque toujours, pour peu surtout que le trajet fistuleux soit un peu étendu, il faut porter deux fois le bistouri sur la sonde cannelée, pour diviser complétement les parties comprises entre ce trajet fistuleux et la circonférence de l'anus. Cela prolonge nécessairement un peu l'opération. Mais ne doit-elle pas être plus douloureuse encore, quand on la pratique avec le seul bistouri de Pott, sans introduire préalablement une sonde cannelée dans le trajet fistuleux, ou quand on la fait par cet autre procédé, qui n'est qu'une modification de celui-ci, et qui consiste à introduire dans le trajet fistuleux une sonde cannelée flexible, qu'on ramène de l'intérieur du rectum au-dehors par l'anus, et sur laquelle on dirige ensuite soit un bistouri légèrement concave, soit un bistouri droit? Pour

que l'opération pratiquée de l'une de ces deux dernières manières soit aussi simple que possible, il faut que le trajet fistuleux soit court, qu'il ne soit pas tortueux, qu'il ait un orifice interne, par lequel on puisse faire pénétrer aisément dans le rectum soit l'extrémité du bistouri de Pott, soit l'extrémité de la sonde cannelée flexible : il faut aussi que cet orifice interne du trajet fistuleux ne soit pas trop éloigné de l'anus. C'est dans les cas de ce genre, mais qui ne sont pas les plus ordinaires, qu'elle peut être faite à-peu-près indifféremment par l'un de ces procédés, ou avec le gorgeret, la sonde cannelée non flexible et le bistouri droit. Supposez, au contraire, un trajet fistuleux un peu long, étroit et sinueux; supposez que s'il existe un orifice interne, il se trouve placé à une distance un peu considérable au-dessus de l'anus, ou que si la fistule est borgne externe, il faille perforer les parois du rectum également vers un point éloigné de l'anus, ce n'est pas sans courir le risque de ne pas suivre la direction de ce trajet fistuleux long et tortueux, qu'on voudroit le parcourir avec le bistouri de Pott; ce ne peut pas être sans fatiguer, sans irriter beaucoup l'anus et l'intérieur du rectum, sans faire éprouver au malade des douleurs vives et prolongées, qu'on peut ramener avec le doigt, de l'intérieur du rectum au-dehors, soit ce bistouri

de Pott, soit l'extrémité d'une sonde cannelée flexible.

Toutefois, ces différentes manières de procéder à l'opération de la fistule à l'anus par incision, ne se rapportent qu'à la division des parties comprises entre le trajet fistuleux et la circonférence de l'anus. C'est bien là ce qui constitue essentiellement l'opération ; c'est bien en cela qu'elle consiste principalement : mais cette simple incision du trajet fistuleux du côté de l'anus ne suffiroit pas dans tous les cas. Déjà, quand on pratique l'opération pour la fistule à l'anus la moins compliquée, il est bon d'agrandir l'incision en dehors, non pas seulement vers les tégumens, comme le prescrivoit J.-L. Petit, pour faire ce qu'il nommoit la gouttière, mais dans toute l'étendue du trajet fistuleux. Ce soin, je le sais, n'est pas indispensable ; beaucoup de praticiens le négligent : j'y renoncerois difficilement, au contraire.

Puis, combien souvent ne faut-il pas, après avoir divisé les parties comprises entre le trajet fistuleux et l'anus, après avoir agrandi en dehors cette première incision, en exciser les bords, parce que la fistule, ancienne, étoit accompagnée de callosités, ou parce que, dans le pourtour de l'orifice externe du trajet fistuleux, les tégumens étoient décollés, amincis, et qu'après

même l'incision du trajet fistuleux, ces tégumens ne pourroient pas se recoller aux parties sous-jacentes ! En général, c'est faire beaucoup pour que la plaie qui résulte de l'opération de la fistule à l'anus guérisse promptement, que d'enlever ces portions de peau calleuses, ou décollées et amincies. Il est d'expérience que cette plaie marche rapidement vers la guérison, quand, à l'extérieur, elle est plus étendue en surface que profonde, et qu'elle est limitée en tous sens par des parties saines.

La multiplicité des orifices externes, ou plutôt l'existence de plusieurs trajets fistuleux secondaires qui aboutissent à un trajet principal, est une autre manière d'être assez fréquente de la fistule à l'anus, qui complique l'opération. Après avoir divisé le trajet fistuleux principal, celui qui aboutit le plus directement au rectum, ne faut-il pas diviser les autres, en faisant tomber chacune des incisions secondaires sur l'un des bords de l'incision principale? Et parce que dans cette circonstance, plus que dans toute autre, des callosités environnoient ces divers trajets fistuleux, on est obligé d'exciser plusieurs des bords des diverses incisions qui ont été faites, ou d'abattre les lambeaux qu'elles laissent entre elles.

Ainsi donc, comme toutes les opérations qu'on

pratique immédiatement sur des parties malades, l'opération de la fistule à l'anus n'est pas assujettie à un mode constant, uniforme d'exécution : elle est anomale, si l'on peut ainsi dire. Dans le plus grand nombre des cas, il ne faut faire autre chose que la simple incision du trajet fistuleux du côté de l'anus ; et dans beaucoup de fistules à l'anus, cette incision n'est qu'une petite partie de l'opération. Il étoit bien inutile, assurément, d'embarrasser l'art de tant d'instrumens et de tant de procédés divers pour ce qu'il y a de plus simple et de plus facile dans l'opération de la fistule à l'anus.

C'est, au reste, un reproche qu'on peut adresser aux chirurgiens qui nous ont précédés, d'avoir, dans plusieurs autres opérations, attaché une trop grande importance à l'un des temps dont chacune de ces opérations se compose, à l'une des manœuvres qui doivent s'y succéder, et, dans presque tous les cas, à celle de ces manœuvres, à celui de ces temps qui présente le moins de difficultés. A voir que les procédés sans nombre de l'opération de la taille par l'appareil latéral ou latéralisé chez l'homme, se rapportent uniquement à l'incision du col de la vessie et de la glande prostate, que c'est exclusivement pour cela qu'ils ont été imaginés, ne diroit-on pas que cette incision de la prostate et du col de la vessie constitue seule l'opé-

ration de la taille? Qui ne croiroit qu'elle en est la partie essentielle, que c'est celle dans laquelle il y a le plus de difficultés à vaincre? Et cependant, comme on l'a déjà dit, et comme on ne sauroit trop le répéter, l'embarras, dans l'opération de la taille, n'est pas de pénétrer dans la vessie, de se frayer une route pour arriver à cet organe; c'est d'en extraire le corps étranger ou les corps étrangers qu'il contient : c'est cette extraction qui seule présente des difficultés réelles, et prolonge la durée de l'opération. Voyez pareillement de quelles richesses inutiles on a surchargé l'art dans l'opération de la cataracte par extraction, et pour le seul temps de la section de la cornée. Combien d'instrumens divers, quelques-uns même très-compliqués, n'ont-ils pas imaginés pour pratiquer cette incision de la cornée, qui, sinon dans les cas assez rares où l'on a à opérer sur des yeux petits, enfoncés et très-mobiles, est vraiment ce qu'il y a de plus simple dans l'opération! C'est pour ouvrir la capsule du cristallin, c'est pour faire sortir ce corps, qu'on éprouve quelquefois d'assez grandes difficultés.

Manière dont les chirurgiens anglois font le pansement de la plaie après cette opération.

Je reviens à ce en quoi la pratique des chirurgiens anglois diffère un peu de la nôtre relativement à l'opération de la fistule à l'anus. Nous croyons utile, après l'opération, d'introduire dans le rectum, et jusqu'au-dessus

des limites de l'incision, une mèche de charpie, qu'on a soin d'engager entre les lèvres de la plaie. Cette mèche est renouvelée tous les jours à chaque pansement : seulement on la met moins grosse à mesure que la plaie diminue de profondeur et se cicatrise de dehors en dedans. Elle est destinée à entretenir cette plaie béante, à faire que les parties récemment divisées ne se réunissent pas, comme cela pourroit avoir lieu, avant celles qui formoient les parois du trajet fistuleux. Dans les cas ordinaires, ce n'est qu'après un mois, six semaines, ou deux mois même, que la plaie est fermée complétement. Mais il faut ajouter que c'est pour nous une chose des plus rares, que la non guérison d'une fistule à l'anus après une opération bien faite et suivie de pansemens méthodiques.

Ceux des chirurgiens anglois auxquels j'ai vu faire cette opération se sont contentés de placer une petite bandelette de linge entre les lèvres de la plaie. Ils devoient plus tard abandonner cette plaie à des soins de propreté seulement; et je leur ai ouï dire qu'elle seroit guérie en quinze ou dix-huit jours. Ce n'est ni une chose nouvelle, ni une chose qui soit tout-à-fait propre à la chirurgie angloise, que cet abandon à elle-même de la plaie qui résulte de l'opération de la fistule à l'anus. Notre Pouteau avoit déjà parlé en faveur de cette pratique, et je me

trompe beauconp, si elle n'a pas été adoptée par quelques-uns des successeurs de Pouteau dans le grand Hôtel-Dieu de Lyon, par Marc-Antoine Petit spécialement. Mais en se bornant ainsi à des soins de propreté, après que les lèvres de la plaie ont été tenues écartées pendant quelques jours pour prévenir leur réunion immédiate, la guérison, non pas de cette plaie, mais de la maladie même, est-elle bien assurée? Je l'ai dit et je le répète, c'est pour nous, chirurgiens françois, qui faisons succéder des pansemens méthodiques à l'opération de la fistule à l'anus, pendant tout le temps nécessaire à la guérison de la plaie, c'est, dis-je, un événement des plus rares que la récidive de la même fistule pour laquelle l'opération a été pratiquée. En est-il ainsi, ou le succès de cette opération de la fistule à l'anus est-il aussi constant, lorsqu'on supprime tout pansement méthodique, et surtout lorsqu'on néglige d'entretenir la plaie béante au moyen d'une mèche introduite dans le rectum, et renouvelée chaque jour? Jusqu'à présent je n'ai pas été très-désireux, et je ne suis pas plus impatient maintenant d'en appeler au témoignage de l'expérience, pour dissiper ou confirmer mes doutes à cet égard.

Engorgement vénérien chronique du testicule.

Quelques praticiens anglais ont remarqué que, dans l'engorgement chronique du testicule déterminé par le vice vénérien, et susceptible en conséquence d'être amené à une terminaison favorable, la tumeur a le plus ordinairement une forme pyramidale. Un sarcocèle proprement dit peut se présenter sous cette apparence ; cette forme pyramidale de la tumeur n'est pas exclusive à l'engorgement vénérien chronique du testicule, et ne doit pas être considérée comme un signe négatif de l'état squirrheux ou cancéreux de cet organe : mais il est très-vrai qu'elle appartient plus spécialement à la première de ces deux affections. Avant même de connoître l'observation faite à cet égard par les chirurgiens anglois, j'avois déjà remarqué dans plusieurs cas où le caractère vénérien d'un engorgement chronique du testicule a été établi par les heureux effets d'un traitement anti-syphilitique, j'avois, dis-je, remarqué que la tumeur différoit en quelque chose de ce qu'elle est dans le vrai sarcocèle : et je crois en effet me rappeler que, dans presque tous ces cas, la tumeur étoit pyramidale ; c'est-à-dire que, plus ou moins grosse à sa partie inférieure, elle diminuoit successivement de volume du côté du cordon spermatique, et s'y terminoit sans qu'il y eût une limite bien marquée entre la partie saine de ce cordon et la tumeur elle-même.

Depuis un an, j'ai eu diverses occasions de confirmer positivement la remarque des chirurgiens anglois.

Cancer de la verge. Il dépend fréquemment d'un phymosis habituel, et paroît être, plus souvent que celui des autres parties, une affection purement locale.

Je n'ai fait encore que deux fois l'amputation de la verge, pour une affection cancéreuse de cette partie, il y a déjà plusieurs années; et depuis que je suis à l'hôpital de la Charité, j'ai vu pratiquer une fois la même opération par M. Boyer. Les trois malades avoient eu un phymosis naturel : aucun d'eux n'avoit subi l'opération si simple par laquelle on met fin aux incommodités qu'entraîne cette légère conformation vicieuse de la verge. Cette circonstance m'avoit frappé; et quand l'occasion se présentoit, je ne manquois pas depuis quelques années de dire, soit dans mes leçons de clinique, soit dans mes cours de pathologie chirurgicale, qu'un phymosis habituel, naturel ou accidentel, pourroit bien être une prédisposition au cancer du gland. Qui ne voit que la matière sébacée, retenue sous le prépuce, doit être une cause permanente d'irritation pour le prépuce même et pour le gland ? A cette cause d'irritation ne faut-il pas ajouter la compression légère, mais plus ou moins fréquemment répétée, qu'exerce sur le gland, dans l'acte vénérien, l'ouverture trop étroite du prépuce ? Je conçois très-bien comment ces deux causes, dont

l'une agit continuellement, et dont l'autre intervient à des époques plus ou moins rapprochées, peuvent déterminer dans le gland et le prépuce un état habituel de phlogose, une inflammation chronique, qui, avec le temps, se termine par une affection cancéreuse de ces parties.

Faits rapportés par M. Hey.

Des faits, en assez grand nombre, rapportés par M. Hey, dans son Recueil d'Observations pratiques, viennent à l'appui de mon sentiment à cet égard. M. Hey a pratiqué douze fois l'amputation de la verge pour une affection cancéreuse de cette partie. Il rapporte fort en détail l'observation de chacun des douze malades. On voit, en lisant ces Observations, et M. Hey lui-même ne manque pas de le faire remarquer, que, sur ces douze malades, neuf avoient eu un phymosis, qui chez les uns étoit un vice originel de conformation, tandis que chez d'autres il étoit accidentel et assez ancien. Chez tous, le phymosis avoit persisté jusqu'à l'époque du développement du cancer de la verge. La conséquence pratique à tirer de cette observation générale, n'est-elle pas qu'on ne sauroit trop engager les personnes qui portent un phymosis habituel, à se faire délivrer de cette incommodité, qui, toute légère qu'elle paroît et qu'elle est en effet, considérée en elle-même, peut, avec le temps, faire naître le cancer de la verge?

Si le phymosis dispose au cancer de la verge, ou plutôt s'il en est une cause déterminante, qui agit lentement, ne se pourroit-il pas que le cancer fût à la verge, plus souvent que dans les autres parties du corps, une affection purement locale? Il me semble que dans les ouvrages didactiques de chirurgie, et j'entends parler de ceux qui ont été faits par des praticiens, il est moins question, en général, de la récidive du cancer de la verge, que de celle du cancer des autres parties. Mais ce n'est que par le rapprochement de beaucoup de faits qu'on pourra résoudre la question d'une manière positive. Sous ce rapport, les Observations de M. Hey, dont je parlois à l'instant, sont précieuses. Sur les douze cas qu'il rapporte d'amputation de la verge, M. Hey n'a vu que trois fois l'affection cancéreuse se reproduire, et c'étoit sur les trois malades qui n'avoient point eu de phymosis avant le développement de la maladie. Sans doute, il se pourroit qu'ayant perdu de vue les autres malades après le succès apparent de l'opération qu'il leur avoit faite, il n'ait pas été témoin de la récidive de l'affection chez quelques-uns ou chez beaucoup d'entre eux. Il me semble, néanmoins, que le silence de M. Hey peut être interprété d'une manière favorable. J'ai dit avoir fait moi-même deux fois l'amputation de la verge pour un

Autres faits propres à l'Auteur de cet ouvrage.

cancer de cette partie, et avoir observé les suites de la même opération sur un troisième malade. Voici quels ont été les résultats de l'opération dans ces trois cas, qui pourront servir à décider s'il est vrai que le cancer de la verge se reproduise moins souvent que celui des autres parties du corps.

Chez le malade que, M. Boyer et moi, nous opérâmes à l'hôpital de la Charité, il n'y eut pas récidive du cancer de la verge; du moins nous ne vîmes aucune apparence de cette récidive pendant le peu de temps que ce malade survécut à l'opération. Il succomba aux suites mêmes de cette dernière. Avant de la subir, et dans l'instant même qu'elle lui fut pratiquée, cet homme avoit paru envisager sans effroi la condition à laquelle il alloit être réduit : il paroissoit résigné. Mais sa résignation étoit feinte. L'opération avoit été pratiquée depuis assez peu de temps, la plaie étoit à peine en voie de guérison, que cet homme tomba dans une profonde mélancolie. Sa mort fut le terme d'une suite non interrompue d'accidens nerveux tellement variés, tellement anomaux, qu'il seroit difficile d'en faire une description exacte; accidens auxquels nous opposâmes inutilement et les conseils de la raison et les secours de la médecine. Quelques circonstances qui

précédèrent immédiatement la mort de ce malade, nous donnèrent lieu de penser qu'il avoit cherché à en hâter l'approche, en prenant en une seule fois une quantité assez considérable d'opium qu'il avoit réservée sur la dose qui lui étoit prescrite chaque jour.

Chez les deux seuls individus auxquels j'aie jusqu'à présent fait moi-même l'amputation de la verge, l'affection cancéreuse n'a point récidivé. J'opérai l'un et l'autre, à quelques mois d'intervalle, il y a six ans environ. L'un d'eux est mort il n'y a pas long-temps ; et, suivant ce qui m'a été rapporté, la maladie à laquelle il a succombé, étoit étrangère à celle qui avoit nécessité l'amputation de la verge. L'autre vit encore. C'est un homme anciennement revêtu d'un haut grade militaire, et qui porte un nom à jamais illustre dans les sciences. Retiré en province, et dans une ville un peu éloignée de la capitale, il n'y a pas long-temps encore qu'il m'instruisoit du bon état de sa santé. Il est parvenu à un âge de la vie où l'homme même qui jouit d'une parfaite intégrité physique n'est obsédé par aucun désir. Je n'en admire pas moins avec quelle philosophie et quelle franche gaîté il parle des souvenirs dont se contente son imagination.

Comment eussé-je pu, pendant un aussi court séjour que celui que j'ai fait à Londres, prendre connoissance de tout ce que la pratique des chirurgiens anglois peut avoir de particulier dans les maladies des voies urinaires ? Ces maladies sont si nombreuses, chez l'homme particulièrement ! Chacune d'elles offre tant de manières d'être, et se prête en conséquence à une si grande variété de traitement ! Voici les seuls traits que j'aie recueillis :

Maladies des voies urinaires, et opérations qui s'y rapportent.

Pour explorer la vessie, surtout lorsqu'il y a lieu de soupçonner la présence d'un calcul dans cet organe, les chirurgiens anglois emploient un cathéter non cannelé, c'est-à-dire, une sonde pleine en acier : les algalies ou sondes creuses d'argent sont réservées par eux pour le cathétérisme évacuatif. Une algalie présente cependant cet avantage, pour le cathétérisme pratiqué dans le cas que je supposois d'abord, qu'on peut, si on le juge convenable, et sans retirer l'instrument, donner issue à l'urine contenue dans la vessie, après avoir exploré cet organe dans son état de plénitude. D'un autre côté, je ne serois pas éloigné d'approuver le cathétérisme avec une sonde pleine, pour les cas dans lesquels la vessie contient un calcul très-petit, qui se présente difficilement à l'instrument explorateur. Cette sonde pleine ou solide, soit en acier, soit en argent, étant plus lourde, plus pesante

Usage que font les chirurgiens anglois d'une sonde pleine en acier pour explorer la vessie.

qu'une algalie, il doit résulter, de la rencontre de l'instrument avec le corps étranger, et du choc de celui-ci, un bruit plus fort et plus caractéristique de la présence d'une pierre dans la vessie, que celui qu'on obtient en sondant avec une algalie. Tel est précisément l'avantage que les chirurgiens anglois trouvent à pratiquer le cathétérisme avec une sonde pleine en acier, lorsqu'il existe des signes rationnels de la présence d'une pierre dans la vessie. Et s'il est vrai, comme on l'a dit, que le passage brusque de l'urine à travers les yeux d'une algalie, au moment où cet instrument pénètre dans la vessie, ou encore l'agitation du liquide dans la cavité de la sonde mue en divers sens, puisse produire un bruit capable d'en imposer pour celui qui résulte ordinairement du choc d'un petit calcul avec une algalie, on éviteroit cette source d'erreurs en employant la sonde pleine en acier.

Ils croient les maladies de la glande prostate plus fréquentes qu'elles ne le sont réellement.

Sans aucun doute, ce corps glanduleux qui entoure le col de la vessie et le commencement de l'urètre chez l'homme, et qu'on nomme la prostate, est susceptible de divers états pathologiques, qui tous, ou presque tous, sont autant de causes de rétention d'urine à différens degrés. L'inflammation, qui le plus ordinairement se termine par suppuration, et donne lieu à un abcès dont la matière est évacuée presque

constamment par l'urètre ; un état d'engorgement ou d'intumescence chronique auquel sont exposés les hommes un peu avancés en âge, plus que les hommes jeunes encore, sont les maladies dont la prostate est plus particulièrement susceptible. Mais ces maladies ne sont pas, à beaucoup près, aussi communes que le prétendent les chirurgiens anglois : il faut, quoiqu'ils pensent à cet égard, compter ces affections au nombre des causes les plus rares de la rétention d'urine.

Ils pratiquent encore l'opération de la boutonnière.

Autant que j'ai pu l'entrevoir, les praticiens anglois ne sont pas aussi familiarisés que nous le sommes avec l'art de traiter les rétrécissemens de l'urètre, et les accidens divers auxquels ces rétrécissemens donnent lieu. On le pensera comme moi, quand on saura qu'ils pratiquent encore l'opération de la boutonnière dans les cas où le cathétérisme avec les algalies ordinaires présente quelques difficultés, et lorsqu'il existe des symptômes urgens de rétention d'urine. Par opération de la boutonnière, j'entends indiquer, comme nous l'entendons communément, une incision pratiquée au périnée pour parvenir jusque dans l'urètre, soit qu'on incise dans la partie même de l'urètre qui est le siége d'une coarctation plus ou moins considérable, soit qu'on ouvre ce canal au-delà du rétrécissement, et lorsqu'il n'existe encore

ni abcès urineux, ni infiltration urineuse. Pratiquer une incision au périnée dans le cas d'abcès urineux ou d'infiltration urineuse, ce n'est point faire l'opération de la boutonnière : seulement, comme il existe alors une crevasse à l'urètre, et que l'ouverture faite au périnée, dans le principal but d'évacuer la matière de l'abcès, et d'arrêter les progrès de l'extravasation de l'urine, offre une voie facile pour l'évacuation de ce fluide, on peut remettre à un moment plus éloigné l'introduction d'une sonde dans la vessie. Dès que la formation d'une infiltration d'urine ou d'un abcès urineux a rendu indispensable une ouverture profonde au périnée, franchir l'obstacle qui existe dans l'urètre au libre cours de l'urine, n'est plus une chose aussi urgente que lorsqu'il n'existe encore que rétention, mais rétention complète d'urine.

Peut-être est-il quelques chirurgiens françois qui, dans un cas de rétention complète d'urine par rétrécissement de l'urètre, et après quelques tentatives inutiles pour introduire une sonde dans la vessie, auroient recours à l'opération proprement dite de la boutonnière. Mais cette pratique n'est pas celle du plus grand nombre d'entre nous : ce n'est pas celle des chirurgiens habiles ; de même que pour eux il est bien peu de cas où la ponction de la vessie soit une opération indispensable. Le malade y

apportant du courage et de la patience, un chirurgien exercé dans l'opération du cathétérisme peut constamment, ou presque constamment, terminer cette opération. C'est surtout avec une algalie conique, instrument qui demande, à la vérité, une main habituée à en faire usage, qu'on parvient à franchir tous les obstacles au cours de l'urine, dont l'urètre peut être le siége.

Ils ont renoncé à l'emploi des caustiques contre les rétrécissemens de l'urètre.

On sait que Hunter, Home, et quelques autres chirurgiens anglois, ont voulu faire revivre le traitement des rétrécissemens de l'urètre par les caustiques. Cette méthode, qui n'a jamais compté parmi nous que très-peu de partisans, n'est guère plus préconisée maintenant en Angleterre qu'elle ne l'est en France. Ceux des chirurgiens anglois qui lui accordent encore quelque confiance, ne la proposent et ne l'admettent que pour les cas dans lesquels l'obstacle au libre cours de l'urine dans l'urètre consiste en de simples brides formées à la surface interne de ce conduit.

Opération de la taille.

Depuis long-temps presque tout est dit, presque tout a été imaginé relativement à la lithotomie, celle peut-être de toutes les grandes opérations de la chirurgie qu'on pratique le plus communément. Bien entendu qu'il s'agit de la lithotomie chez l'homme, et de la lithotomie pratiquée

par la méthode appelée *appareil latéral*, mais qui seroit mieux nommée *appareil latéralisé*. Dans la chirurgie angloise, comme dans la chirurgie françoise, cette opération a été portée au dernier degré de perfection dont elle paroisse susceptible. Le seul chirurgien de Londres à qui je l'aie vu pratiquer, est M. Cooper : je la lui ai vu faire deux fois. Dans les deux cas, le col de la vessie et la prostate furent incisés avec un gorgeret tranchant.

Je rappelois plus haut, à l'occasion de l'opération de la fistule à l'anus, que cette division de la prostate et du col de la vessie ne constitue pas essentiellement l'opération de la taille, qu'elle n'est même qu'une partie, mais la partie principale, il est vrai, du temps général de l'incision dans cette opération pratiquée chez l'homme par l'appareil latéral. Néanmoins, c'est à cette incision de la prostate et du col de la vessie, qui, dans toutes les manières régulières de pratiquer la lithotomie, forme un temps distinct et isolé de tous les autres; c'est, dis-je, à cette incision, c'est à elle seule que se rapportent les nombreux procédés de la taille latérale. Comme les procédés divers de toute autre opération, ceux de la taille sont presque tous également bons et praticables. C'est là le propre des procédés proprement dits dans une opération quelconque pratiquée par une méthode déterminée : chacun

d'eux n'a qu'une valeur relative, c'est-à-dire subordonnée à l'habitude qu'on peut avoir de l'employer. Les différentes méthodes, au contraire, suivant lesquelles une même opération pourroit être faite, ne sont pas toutes également admissibles : chacune d'elles est absolument bonne ou mauvaise, ou du moins ses avantages ou ses imperfections sur les autres lui appartiennent essentiellement. Il est impossible, en conséquence, de ne pas s'entendre sur le mérite respectif de plusieurs méthodes appartenant à une opération déterminée : on disputeroit éternellement, au contraire, pour donner une préférence absolue à l'un des procédés par lesquels une même méthode peut être mise à exécution.

En particulier, pour la taille latérale, qui des diverses méthodes de pratiquer l'opération au périnée chez l'homme, est la seule qu'on pratique maintenant, il n'est pas un procédé qui soit suivi généralement. Qu'un étranger cherche à connoître et à comparer la pratique des chirurgiens françois sous ce rapport, il verra plusieurs hommes habiles, plusieurs praticiens exercés, ceux surtout qui sont placés dans les hôpitaux destinés à l'instruction, faire l'opération de la taille indifféremment de plusieurs manières, afin de mettre sous les yeux des élèves les principaux procédés suivant lesquels cette opération peut être pratiquée. En France,

néanmoins, s'il est un procédé qui soit plus répandu qu'aucun des autres, et que préfère le plus grand nombre des praticiens, c'est celui dans lequel on fait usage de l'instrument connu sous le nom de *lithotome caché*, et qu'avoit imaginé frère Côme. Autant que j'ai pu le savoir, l'instrument d'Hawkins modifié avec lequel M. Cooper fit deux fois en ma présence l'opération de la taille, est également employé par d'autres chirurgiens anglois. Quelques-uns ont conservé le procédé de Cheselden dans toute sa pureté. Un des chirurgiens de Londres auxquels on accorde le plus d'habileté dans les opérations, M. Thomas Blizard, se sert, pour inciser de dedans en dehors le col de la vessie et partie de la prostate dans l'opération de la pierre, d'un simple couteau, dont la lame est longue, étroite, sans courbure aucune, et terminée par un bouton recourbé qui sert à faire glisser l'instrument sur la cannelure du cathéter. Il faut que notre lithotome caché, c'est-à-dire l'instrument de frère Côme, ne soit pas, ou presque pas employé en Angleterre : on a peine à le trouver chez les premiers couteliers de Londres. Ceux que j'y ai vus étoient construits d'une manière défectueuse; c'étoient des ébauches, des échantillons de cet instrument plutôt que l'instrument lui-même.

Nos tenettes croisées n'ont pas été adoptées

par les chirurgiens anglois, qui continuent à se servir de tenettes à branches droites et parallèles. Leurs cathéters sont beaucoup plus gros que les nôtres : en cela, ils me paroissent préférables. Dès long-temps j'ai trouvé que nous nous servions de cathéters trop petits relativement au diamètre de l'urètre ; dès long-temps aussi j'en avois fait faire, pour mon usage, de plus forts que ceux dont se servent la plupart des chirurgiens françois. Ceux que j'emploie maintenant en sont que j'ai apportés de Londres : j'ai eu cependant à en changer la courbure. Nous donnons à nos cathéters une première courbure lègère, disposée en sens contraire de la courbure principale qui aboutit au bec de l'instrument. Au moyen de cette première courbure, la convexité de celle qui suit se présente plus facilement au doigt de l'opérateur après l'incision faite au périnée. Et quant à la courbure principale de nos cathéters, elle est très-marquée, et telle que le bec de l'instrument, qui est prolongé un peu au-delà de la courbure même, se trouve sur une ligne qui formeroit un angle presque droit avec la portion droite placée au-dessus de la première courbure. Les cathéters dont se servent les chirurgiens anglois n'ont qu'une courbure, qui, moins marquée que celle des nôtres, fait conséquemment partie d'un cercle plus étendu : le bec se prolonge à

peine au-delà de cette courbure, et se trouve sur une ligne qui formeroit un angle assez obtus avec le corps de l'instrument.

Ce peu de longueur du bec du cathéter, sa direction inclinée, sont deux choses à-peu-près indifférentes, si le cathéter ne doit servir qu'à conduire dans la vessie un instrument avec lequel on veuille inciser le col de la vessie et la glande prostate de dedans en dehors. Par exemple, bien que la forme de nos cathéters soit plus convenable dans tous les cas, je me servirois volontiers d'un cathéter anglois pour pratiquer l'opération avec l'instrument de frère Côme, ou avec un couteau droit, à lame étroite, longue et boutonnée, parce que, dans l'un comme dans l'autre de ces procédés, le cathéter étant retiré au moment où l'on fait agir l'un des deux instrumens, la direction à donner à l'incision du col de la vessie et de la prostate n'est déterminée en aucune manière par la forme du cathéter. Il dépend de l'opérateur de faire cette incision plus ou moins oblique par rapport à l'axe du corps, comme de l'incliner plus ou moins vers la tubérosité de l'ischion, et de lui donner une étendue plus ou moins considérable. Que si, au contraire, on doit se servir d'un instrument qui agit de dehors en dedans, c'est-à-dire en même temps qu'on lui fait suivre la cannelure du cathéter,

et qu'il pénètre dans la vessie, il est inévitable que la direction de l'incision du col de la vessie et de la prostate soit déterminée par celle du bec du cathéter. Si, le cathéter étant tenu dans une direction verticale, le bec est incliné par rapport à l'axe du corps, l'incision du col de la vessie et de la prostate le sera également : le côté inférieur du triangle, ou de l'espèce de trapèze que représente la totalité de la plaie dans la taille au périnée chez l'homme (le corps étant supposé dans la situation horizontale adoptée pour cette opération), ne sera point assez horizontal, ou parallèle à l'axe du corps : il le sera moins encore, si l'incision extérieure est commencée fort au-devant de l'anus, si elle n'est pas prolongée autant qu'elle peut l'être, et qu'il convient qu'elle le soit, entre l'anus et la tubérosité de l'ischion. C'est précisément ce qui eut lieu dans les deux tailles que j'ai vu pratiquer à M. Cooper, et ce que font, à ce qui m'a été dit, presque tous les chirurgiens anglais. Qui ne voit que cette manière de pratiquer, soit l'incision extérieure, soit l'incision du col de la vessie et de la prostate, dans la taille au périnée, est défectueuse, au moins sous deux rapports que voici ? Dans l'opération même, il faut, pour saisir la pierre, tenir les branches des tenettes très-élevées ; et l'extraction doit présenter plus de diffi-

cultés que lorsque l'instrument est tenu dans une direction horizontale. Après l'opération, s'il reste dans la vessie des graviers, quelques petits fragmens d'une pierre qui a été brisée, la plaie est disposée peu favorablement pour la sortie de ces corps étrangers.

Mais il paroît certain que les chirurgiens anglois ont moins souvent que nous à remédier à une hémorrhagie consécutivement à l'opération de la taille. Cet avantage doit tenir à leur manière de pratiquer l'incision. Il est rigoureusement possible, en effet, qu'en commençant celle des parties molles extérieures du périnée fort au-devant de l'anus, ne la prolongeant pas beaucoup entre l'anus et la tubérosité de l'ischion, et ne faisant point agir dans une direction parfaitement horizontale l'instrument destiné à diviser le col de la vessie et la glande prostate, on évite, dans un grand nombre de cas, l'artère du périnée. Cette artère est la seule source immédiate de l'hémorrhagie qui peut avoir lieu dans l'opération de la taille. Le tronc même d'où elle provient, l'artère honteuse interne, est tout-à-fait inaccessible dans cette opération : à moins qu'elle ne soit déviée de sa situation naturelle, je ne sais pas comment on pourroit l'atteindre ; et l'inconvénient auquel on s'expose, en latérisant trop, soit l'incision extérieure, soit l'incision profonde dans la

taille latérale, n'est pas d'ouvrir l'artère honteuse elle-même, mais de diviser l'artère du périnée plus près de son origine, là conséquemment où, étant ouverte, elle peut fournir une plus grande quantité de sang.

Hernies. Etablissement de bienfaisance fondé à Londres pour les individus affectés de hernies.

Il existe à Londres, depuis quelques années, un établissement particulier de bienfaisance, dont l'objet principal, ou plutôt l'objet unique est de distribuer gratuitement des bandages aux personnes de la classe indigente affectées de hernies. Je ne dirai pas de cet établissement, comme je l'ai dit, au contraire, des infirmeries établies à Londres et dans d'autres villes de l'Angleterre pour le traitement des maladies des yeux, qu'il est plus préjudiciable qu'utile aux individus pour lesquels il est destiné. Mais à le considérer sous le rapport de l'art, et quant aux avantages que la chirurgie peut en retirer, cet établissement n'est d'aucune utilité. L'occasion de voir un grand nombre d'individus affectés de hernies, soit réductibles, soit irréductibles, sans qu'il y ait étranglement, ne peut conduire qu'à déterminer le rapport de fréquence des différentes sortes de hernies : c'est la seule chose que puisse faire le chirurgien chargé de remplir l'objet de cet établissement, M. Blair : encore ce rapport de fréquence des différentes sortes de hernies ne peut-il être

Un tel établissement peu utile sous le rapport de l'art.

établi que pour les hernies considérées relativement à leur siége, et non relativement aux parties qui les forment.

Il est bien plus important de connoître le mécanisme par lequel se forment les diverses hernies, quelques-unes spécialement; la manière d'être intérieure de chacune d'elles, c'est-à-dire, la nature des parties déplacées, et les rapports de ces parties, soit entre elles, soit avec les parties voisines du lieu où se forme chaque hernie; toutes les variétés de l'étranglement; toutes les sortes de difficultés que peut présenter l'opération qu'on pratique pour faire cesser cette complication si grave, et toutes les anomalies dont cette opération est susceptible. Voilà les points principaux concernant les hernies sur lesquels l'attention des observateurs et des praticiens a été de tout temps et doit être encore particulièrement fixée.

Dans quelles autres sources peut-on puiser de nouvelles lumières sur les hernies?

C'est par des recherches anatomiques sur la structure des différens points de l'enceinte de l'abdomen par lesquels les hernies peuvent se former; c'est par la dissection des hernies qu'on trouve sur des cadavres; c'est par des observations faites sur l'homme vivant en proie aux symptômes de l'étranglement d'une hernie, et plus encore par des observations faites sur les individus soumis à l'opération que cet étranglement nécessite, qu'a été successivement étendue

l'histoire des hernies ; c'est dans les mêmes sources qu'on peut espérer puiser de nouvelles lumières. Mais tant de faits ont été recueillis sur tout ce qui a rapport aux hernies, que dans ce champ, si vaste d'ailleurs, il ne reste plus qu'à glaner après ceux qui nous ont précédés. Voyez même combien peu de choses vraiment neuves, vraiment utiles, ont ajouté à ce qu'on savoit déjà des travaux de quelques modernes.

Au nombre de ces travaux, importans en eux-mêmes néanmoins, il faut compter ceux de quelques chirurgiens anglois, notamment les Mémoires particuliers d'Astley Cooper, et le Traité didactique de M. Lawrence. J'ai déjà signalé le mérite de ce dernier ouvrage, qui, sans renfermer beaucoup de choses propres à son auteur, présente un tableau méthodique et complet de toutes les connoissances acquises sur les hernies, et par lequel on peut voir que nos voisins et nos rivaux ne sont pas moins avancés que nous dans cette partie du domaine de la chirurgie. J'ai déjà fait, et je renouvelle ici le vœu de voir l'ouvrage de M. Lawrence traduit dans notre langue, et mis ainsi à la portée de nos étudians.

Traité des Hernies de Lawrence.

Comme Scarpa, M. Cooper a voulu éclairer quelques points de l'histoire des hernies : comme Scarpa, il a fixé particulièrement son attention sur ce qu'on pourroit appeler l'anatomie et l'anatomie pathologique des hernies, surtout des

Vers quels objets ont été dirigées les recherches d'Astley Cooper.

hernies les plus communes, telles que les hernies inguinale, crurale et ombilicale; et, ce qui devoit être, M. Cooper s'est rencontré plus d'une fois avec le professeur de Pavie. Dirigeant leurs recherches vers le même but, ils ont, en plusieurs points, obtenu les mêmes résultats. Il est aussi des choses propres à chacun des deux observateurs. Ce que M. Cooper a ajouté de plus intéressant à l'histoire des hernies, c'est une description de l'arcade crurale plus exacte que celle qui avoit été donnée jusqu'à présent, et l'indication d'une variété remarquable de la hernie inguinale congénitale chez les sujets mâles, ou plutôt d'une sorte de hernie inguinale qui tient à la fois du caractère de la hernie inguinale ordinaire et de la hernie congénitale.

Variété de la hernie inguinale congénitale chez les sujets mâles.

A quelque époque de la vie que le testicule franchisse l'anneau, et parvienne de l'abdomen dans le scrotum, entraînant avec lui la portion du péritoine qui doit former la tunique vaginale, la communication entre cette dernière membrane et la cavité du péritoine commence à être interceptée à l'anneau même : c'est là que commence l'oblitération d'une partie de la tunique vaginale; soit qu'ensuite cette oblitération de la tunique vaginale se fasse successivement de haut en bas dans une plus grande étendue; soit que, comme cela est plus vraisemblable, cette

oblitération ayant lieu à l'anneau seulement, la tunique vaginale s'éloigne de cette ouverture, et se détache complètement du péritoine. Quoi qu'il en soit, si les viscères du ventre viennent à faire irruption à travers l'anneau immédiatement après que le testicule a franchi cette ouverture, ou lorsqu'il est depuis peu de temps dans le scrotum, alors enfin que la communication entre la tunique vaginale et l'abdomen n'est point interceptée, il n'y a pas de sac herniaire particulier; les parties déplacées sont dans la cavité même de la tunique vaginale, et en contact immédiat avec le testicule. C'est là ce qui constitue l'espèce de hernie inguinale qu'on nomme hernie *congéniale* ou *congénitale*.

Mais une cause puissante de hernie venant à agir lorsque la tunique vaginale n'est encore oblitérée qu'à l'anneau, et lorsqu'elle est encore continue au péritoine, bien que les deux cavités ne communiquent plus, il peut arriver qu'une portion du péritoine de l'abdomen se déplace pour former un sac herniaire, et que ce sac herniaire, avec les parties qu'il renferme, s'insinue dans la tunique vaginale qui tient ou adhère encore à l'anneau. Il existe alors un double sac herniaire, ou deux sacs herniaires contenus l'un dans l'autre : le plus extérieur est formé par la tunique vaginale; le second ou le

plus intérieur, celui qui contient immédiatement les viscères déplacés, est formé, comme le sac dans toute autre sorte de hernie, par un prolongement accidentel du péritoine. L'intérieur seul communique avec la cavité abdominale; et les deux ensemble, continus l'un avec l'autre près de l'anneau, représentent une cavité dont les parois auroient été repliées sur elles-mêmes, et dans laquelle proémine le testicule. Telle est l'espèce de hernie inguinale, la hernie demi-congénitale, si l'on peut ainsi dire, qu'a décrite M. Cooper, et qu'il dit avoir observée, convenant au reste qu'il n'a fait que confirmer ce qui avoit déjà été vu par M. Hey. En effet, un cas de cette sorte de hernie inguinale est rapporté par M. Hey dans ses *practical Observations in Surgery*.

Anatomie de l'arcade crurale et de l'espace inguinal.

Profitant des premières recherches de Gimbernat, chirurgien de Cadix (1), M. Cooper a décrit, avec une exactitude parfaite, les aponévroses de l'arcade crurale, celles de l'espace inguinal, et tout ce qui a trait à l'anatomie de la hernie crurale. Au-devant de cette échancrure du bassin qui sépare l'épine antérieure et supérieure de l'os des isles et l'épine du pubis, ou que bornent ces deux éminences, pas-

(1) Nuevo Metodo de operar en la hernia crural, dedicado al rey Carlos IV. Madrid, 1793.

sent, comme on sait, le faisceau des muscles grand psoas et iliaque réunis, l'artère iliaque externe, qui prend là le nom d'artère crurale, la veine crurale, le nerf du même nom, et plusieurs rameaux nerveux. Le faisceau commun des muscles psoas et iliaque couvre l'espace compris entre l'épine iliaque inférieure et l'éminence iléo-pectinée. L'artère crurale, la veine crurale, toujours placée au-dedans de l'artère, et le nerf crural, qui est en dehors, sont en dedans de l'éminence iléo-pectinée, appliqués sur la partie la plus externe d'une surface triangulaire qui appartient à la branche horizontale du pubis. La partie interne de cette surface est libre jusqu'à l'épine du pubis, à laquelle est implantée l'extrémité interne du ligament de Fallope ou de Poupart.

Cela rappelé, voici la véritable disposition de l'arcade crurale. Ce ligament de Fallope, c'est-à-dire, la bande fibreuse qui, fixée d'une part à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et de l'autre au pubis, lie ensemble l'aponévrose du muscle oblique externe abdominal et l'aponévrose crurale, n'est pas seulement appliqué sur les parties qui passent au-devant de l'échancrure du bassin, et sur la partie interne de la branche horizontale du pubis : il n'est pas simplement uni par du tissu cellulaire à ces parties, qu'il recouvre. Dans sa moitié

externe, le ligament de Fallope adhère fortement aux muscles psoas et iliaque; ou plutôt il est étroitement uni à une aponévrose qui recouvre le muscle iliaque dans toute sa portion large et aplatie. Sur cette aponévrose sont appliqués les vaisseaux iliaques externes, avant qu'ils franchissent l'anneau crural. Cette union intime du ligament de Fallope, dans sa moitié externe, avec l'aponévrose du muscle iliaque, empêche toute communication de l'abdomen au-dehors vers cette partie de l'arcade crurale. D'un autre côté, en-dehors de l'épine du pubis, et dans l'étendue de trois quarts de pouce ou d'un pouce environ, le ligament de Fallope est fixé au bord postérieur de la branche horizontale du pubis, bord qui fait partie du détroit supérieur du bassin, par une aponévrose épaisse, de forme triangulaire : la base, un peu échancrée, du triangle que cette aponévrose représente, est tournée en dehors ; le sommet est confondu, à l'épine du pubis, avec l'extrémité interne du ligament de Fallope. Cette aponévrose, que les chirurgiens anglois nomment *le ligament de Gimbernat,* ferme donc exactement l'arcade crurale en dedans, et s'oppose à toute communication de l'abdomen au-dehors, à toute issue des viscères vers cette partie de l'arcade crurale. Mais, entre la base du triangle que représente le ligament de Gimbernat, et la limite

de l'adhérence du ligament de Fallope à l'aponévrose du muscle iliaque, il existe un espace libre pour le passage des vaisseaux et nerf cruraux. C'est là seulement que le ligament de Fallope n'est que contigu en arrière aux parties qu'il recouvre. L'espace dont il s'agit, limité en devant, en dehors et en dedans par des aponévroses, l'est en arrière par la partie de la branche horizontale du pubis voisine de l'éminence iléo-pectinée. Il forme une ouverture tant soit peu ovalaire transversalement, et un peu plus allongée chez la femme que chez l'homme. C'est par cette ouverture, sur laquelle est appliqué le péritoine du côté de l'abdomen, et qu'on peut nommer *l'anneau crural*, que sortent les viscères dans la hernie crurale ou fémorale.

On agrandit nécessairement l'anneau crural, et de plus, on relâche beaucoup le ligament de Fallope, en incisant le ligament de Gimbernat parallèlement à la branche du pubis, et de la base vers le sommet du triangle que ce ligament représente, sans toucher au ligament même de Fallope. C'est une manière de faire le débridement dans l'opération de la hernie fémorale étranglée qu'a proposée Gimbernat, en même temps qu'il a décrit le ligament qui porte son nom. C'est chez l'homme plus que chez la femme que cette manière de débrider dans l'opération de la hernie fémorale

peut avoir des avantages : en côtoyant le corps du pubis jusqu'à l'épine de cet os, on est sûr d'éviter l'artère spermatique, qu'on court risque, au contraire, d'intéresser, en divisant le ligament de Fallope vers la partie interne, et perpendiculairement à la ligne qu'il parcourt. J'ai déjà débridé plusieurs fois à la manière de Gimbernat, en pratiquant l'opération de la hernie crurale : cela réussit très-bien. Je ne l'ai fait encore que chez des femmes : mais le résultat doit être le même chez l'homme ; et cette manière de débrider l'anneau crural doit convenir d'autant plus généralement, que, dans le plus grand nombre des cas, la hernie fémorale est d'un petit volume, même lorsqu'il y a étranglement.

Plusieurs aponévroses distinctes les unes des autres occupent l'espace inguinal, et offrent une manière d'être sans la connoissance exacte de laquelle on ne peut pas avoir une juste idée des rapports de la hernie fémorale. Une première, mince, immédiatement sous-jacente à la peau, confondue et continue en bas avec le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse, confondue également et continue en haut avec le tissu cellulaire des parois de l'abdomen, recouvre tout l'espace inguinal, le ligament de Fallope, et une partie assez étendue de l'aponévrose du muscle oblique externe abdominal.

Sous cette aponévrose superficielle, on voit le fascia lata, c'est-à-dire l'aponévrose crurale, fixé à l'arcade crurale par deux portions qui sont séparées l'une de l'autre jusqu'un peu au-dessous de l'ouverture de la grande veine saphène dans la veine crurale. De ces deux portions, ou de ces deux aponévroses par lesquelles on peut supposer que le fascia lata naît de l'arcade crurale, l'une occupe un peu plus de la moitié externe de l'espace inguinal : plus épaisse et plus superficielle que l'autre, elle est attachée fortement au ligament de Fallope, et paroît ainsi être la continuation de l'aponévrose du muscle grand oblique abdominal. Au lieu d'être limitée en dedans par un bord droit, qui, partant du milieu du ligament de Fallope, diviseroit en deux parties égales l'espace inguinal, elle est terminée par un bord concave, ou par une sorte de croissant, dont l'extrémité supérieure, sous la forme d'une petite faulx, se prolonge un peu le long de la partie interne du ligament de Fallope. Cette faulx ne s'étend jamais jusqu'à l'épine du pubis ; son bord libre est lisse, arrondi, comme si l'aponévrose à laquelle elle appartient s'étoit repliée sous le ligament de Fallope.

La seconde aponévrose, ou la seconde portion par laquelle le fascia lata naît de l'arcade crurale, part de la branche horizontale du pu-

bis, en se continuant derrière les vaisseaux et nerf fémoraux avec l'aponévrose du muscle iliaque; elle recouvre le muscle pectiné et le premier adducteur, et se continue avec la première portion qui vient d'être décrite, un peu au-dessous de l'ouverture de la grande veine saphène dans la veine crurale. Cette veine saphène cache la commissure ou le point de réunion de ces deux aponévroses, qui, occupant ainsi, l'une la partie externe, l'autre la partie interne de l'espace inguinal, sont, au milieu de cet espace, placées un peu l'une au-devant de l'autre; l'externe ou superficielle anticipe même tant soit peu sur l'interne. L'intervalle qui les sépare forme, immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, une ouverture, une sorte de fente ovalaire de haut en bas, que limite le bord concave de l'aponévrose externe, et qui, après qu'on a enlevé le tissu cellulaire et les glandes lymphatiques qui la remplissent, laisse voir une partie de la veine crurale. C'est vers le point le plus déclive de cette fente, ou de cette ouverture ovalaire, que la veine crurale reçoit la saphène.

Il ne se peut pas que, dans la hernie fémorale, les parties qui se déplacent, après avoir franchi l'anneau crural, ou après avoir passé sous le ligament de Fallope, ne s'engagent pas dans cet intervalle qui sépare les deux portions

du fascia lata, et ne franchissent pas ce qu'on peut appeler l'ouverture de la veine saphène : la tumeur doit être placée immédiatement sous l'aponévrose superficielle ou sous-cutanée qui recouvre tout l'espace inguinal ; elle doit n'être séparée des tégumens que par cette aponévrose. Dès long-temps, en pratiquant l'opération dans des cas de hernie crurale étranglée, j'avois été frappé du peu d'épaisseur des parties interposées entre les tégumens et le sac herniaire : j'avois remarqué que, chez les sujets maigres surtout, il ne faut pas moins que beaucoup d'attention pour ne pas ouvrir le sac herniaire avant de l'avoir dénudé. Je n'avois jamais soupçonné cependant que les rapports de la hernie fémorale fussent tels que je viens de les indiquer. Ce que je n'avois pas d'abord imaginé, ce qu'ensuite la dissection exacte de l'arcade crurale et des aponévroses de l'espace inguinal m'a conduit à soupçonner, mais ce que je n'ai pas encore pu constater moi-même par la dissection de hernies crurales sur des cadavres, a déjà été reconnu par l'un de nos anatomistes et de nos jeunes chirurgiens les plus distingués. Bien avant que mon attention fût fixée sur cet objet, M. Béclard avoit constaté plusieurs fois sur le cadavre que, dans la hernie crurale, la tumeur est embrassée par l'ouverture de la veine saphène, et que, par

suite de cette disposition, la veine saphène est constamment placée derrière le sac herniaire ; ce qui ne pourroit avoir lieu, si, comme on le suppose communément, les parties déplacées restoient derrière l'aponévrose crurale ou le fascia lata.

Amputations des membres. Réflexions préliminaires.

L'amputation d'une partie plus ou moins étendue de l'un des membres est de deux sortes principales ; l'amputation dans la continuité des membres, et l'amputation dans les articulations. Deux méthodes sont consacrées pour l'amputation dans la continuité ; celle qu'on nomme amputation circulaire, et l'amputation à lambeaux. Il y a enfin deux méthodes également admises, ou plutôt également admissibles, de traiter la plaie qui résulte d'une amputation quelconque ; réunir cette plaie par première intention, ou la panser de telle manière que la suppuration s'y établisse, et qu'elle ne guérisse que par le travail lent de la cicatrisation.

Jusqu'à quel point est avantageuse la réunion immédiate de la plaie après une amputation quelconque, et particulièrement après l'amputation circulaire dans la continuité d'un membre ? Quel est au juste, pour l'amputation dans la continuité des membres, le degré d'utilité de la méthode à lambeaux ? De quelles extirpations, c'est-à-dire, de quelles amputations

dans les articles la chirurgie doit-elle définitivement consacrer l'usage? Il ne s'agit point ici d'approfondir ces importantes questions : je dirai seulement quelles sont, dans chacune des choses auxquelles elles se rapportent, les vues et la pratique des chirurgiens anglois. Encore ne dois-je pas m'arrêter à l'objet de la première : ayant voulu précédemment réunir sous un même point de vue différentes plaies pour lesquelles le procédé de la réunion immédiate est employé d'une manière abusive par les chirurgiens anglois, j'ai compris, dans le nombre, la plaie qui résulte de l'amputation des membres.

Amputations dans les articulations que pratiquent les chirurgiens anglois.

Les amputations dans les articulations que nous avons conservées, de toutes celles qui ont été ou faites anciennement ou simplement imaginées, sont à peu près les mêmes que pratiquent les chirurgiens anglois. Comme nous, ils ont rejeté l'extirpation du pied en totalité dans son articulation avec la jambe, l'amputation de la jambe dans le genou, celle de l'avant-bras dans l'articulation du coude, et l'extirpation de la main : du moins ne trouve-t-on pas ces amputations décrites dans les ouvrages les plus modernes de la chirurgie angloise; en particulier, il n'en est fait aucune mention dans le Traité d'opérations de M. Charles Bell.

Cet auteur décrit l'amputation d'une partie

du pied ; mais il le fait en quelques lignes seulement, et de telle manière qu'il est impossible de savoir si, par amputation partielle du pied, il entend l'amputation qu'on pourroit pratiquer dans la continuité du métatarse ou du tarse ; ou bien la séparation de tous les orteils dans leurs articulations avec le métatarse; ou celle de ce dernier dans sa jonction avec le tarse, et conséquemment l'ablation de toute la moitié antérieure du pied à-peu-près ; ou enfin l'opération de Chopart, c'est-à-à-dire l'amputation du pied dans la double articulation du scaphoïde avec l'astragale, et du caboïde avec le calcanéum.

En puisant à d'autres sources, j'ai pu avoir des notions un peu plus exactes sur la pratique des chirurgiens anglois relativement à l'amputation partielle, ou, pour mieux dire, aux amputations partielles du pied. Je suis certain que les principaux d'entre eux n'ont jamais pratiqué et ne connoissent même pas l'amputation du pied dans la jonction des deux moitiés du tarse, ou l'opération de Chopart. L'un de ceux que j'ai le plus fréquentés pendant mon séjour à Londres, m'avoit même prié de la lui simuler sur le cadavre : je ne sais quelle circonstance, indépendante de ses désirs et des miens, s'est opposée à ce que cela eût lieu. Mais on a fait, en Angleterre, l'amputation partielle du pied

dans l'articulation du métatarse avec le tarse. M. Hey l'a pratiquée deux fois, et les deux cas sont rapportés dans son précieux recueil d'observations. La première opération fut faite d'une manière assez irrégulière, et presque en tâtonnant. On en prend difficilement une juste idée d'après le récit de M. Hey : ce récit manque de précision. Les détails de la seconde laissent voir, au contraire, qu'elle fut pratiquée aussi méthodiquement que possible. Pour rendre plus égale la partie antérieure du tarse sur laquelle devoit être appliqué le lambeau qu'il avoit formé des chairs de la plante du pied, et pour faire que l'application de ce lambeau fût plus exacte, M. Hey enleva avec une scie la portion du premier os cunéiforme qui dépasse les autres os du tarse quand on a séparé le métatarse d'avec le tarse.

La division des chairs à lambeaux est une chose presque obligée pour les amputations dans les articulations : du moins le sentiment unanime des praticiens est que toutes les fois qu'une amputation de ce genre peut être pratiquée avec méthode, on doit former, des chairs qui entourent l'articulation, un ou deux lambeaux. La division circulaire des parties molles ne convient point ici. Pour l'amputation dans la continuité des membres, au contraire, s'il falloit faire un choix exclusif entre ces deux mé-

thodes de pratiquer la section des chairs, c'est sur l'amputation circulaire qu'il porteroit : c'est elle aussi qu'on pratique le plus ordinairement. Mais l'amputation à lambeaux, sans être jamais d'une absolue nécessité, est préférable néanmoins, dans quelques cas, à l'amputation circulaire, surtout lorsqu'on doit réunir immédiatement la plaie qui résulte de l'opération. Il y a plus, et c'est une chose que j'ai déjà fait remarquer dans un autre endroit de cet ouvrage, il suffit d'être prévenu en faveur de la réunion immédiate de la plaie après l'amputation dans la continuité des membres, pour l'être également en faveur de l'amputation à lambeaux.

Les chirurgiens anglois assez partisans de l'amputation à lambeaux.

Les chirurgiens anglois m'en ont fourni la preuve. Ils sont partisans outrés de la réunion immédiate de la plaie après l'amputation des membres : aussi ai-je vu, dans les divers hôpitaux de Londres, un plus grand nombre d'individus sur lesquels on avoit pratiqué l'amputation à lambeaux, qu'on n'en trouveroit en parcourant les divers hôpitaux de Paris. On m'a même montré, à l'hôpital de Middlesex, un homme sur lequel avoit été pratiquée l'amputation de la jambe à un seul lambeau formé de toute la masse des chairs du mollet, absolument comme on la faisoit à l'époque où ce mode d'amputation fut imaginé. Ce cas ne déposoit pas en faveur de l'amputation de la

jambe à un seul lambeau : le malade étoit opéré depuis trois mois, et n'étoit point encore guéri. Chez nous, ce sont les chirurgiens militaires qui ont montré le moins d'éloignement pour la réunion immédiate de la plaie après l'amputation ; et c'est parmi eux aussi que l'amputation à lambeaux compte le plus de partisans. Moi-même, partisan, mais partisan modéré de la réunion immédiate de la plaie après l'amputation des membres, et qui l'emploie sans en abuser, je pratique aussi l'amputation à lambeaux, à la cuisse, au bras, à l'avant-bras, plus souvent que ne le font d'autres chirurgiens. Par suite de cette double prévention, j'ai été conduit tout récemment à adopter pour la jambe l'amputation à deux lambeaux, manière d'amputer ce membre infiniment plus convenable que l'amputation circulaire, quand on se propose de réunir la plaie par première intention. Je n'ai toutefois ici d'autre mérite que celui d'avoir mis à exécution une chose qui avoit été déjà projetée depuis assez longtemps. Ledran, dans son *Traité d'opérations*, décrit cette amputation de la jambe à deux lambeaux, et étend ainsi à la jambe le procédé que Ravaton et Vermale avoient proposé auparavant pour l'amputation de la cuisse. Mais Ledran ne parle que d'essais faits sur le cadavre ; et je ne sache pas que depuis lui l'amputation

de la jambe ait été pratiquée de cette manière par d'autres chirurgiens. Qu'il me soit permis, après quelques réflexions préliminaires, de rapporter les faits que je possède déjà sur cette opération. Je ne puis saisir une occasion plus favorable de les faire connoître : par leur exposition, je terminerai à la fois un article à la matière duquel ils se rapportent assez directement, et le parallèle que j'avois entrepris de faire de la chirurgie angloise et de la chirurgie françoise.

L'Auteur de cet ouvrage propose l'amputation de la jambe à deux lambeaux.

Reproduire l'amputation de la jambe à un seul lambeau formé de toutes les chairs du mollet, et destiné à être appliqué sur la surface qui résulteroit de la section des autres parties molles et des os faite perpendiculairement à l'axe du membre, ce seroit faire rétrograder l'art. Ce n'est qu'en formant, des parties molles qui entourent la jambe, deux lambeaux de même forme, de même longueur, et autant que possible de même épaisseur, que, pour ce membre, l'amputation à lambeaux peut être substituée avec avantage à l'amputation circulaire. Mais elle n'est pas sans présenter quelques difficultés dans l'exécution : et c'est pour cela sans doute que cette manière de pratiquer l'amputation de la jambe n'a pas été adoptée jusqu'à présent. La source de ces difficultés est dans l'inégale distribution des parties

molles sur les deux plans principaux de la jambe, et plus encore, dans la grosseur inégale des deux os qui concourent à former ce membre. Il y a, sous ces deux rapports, une différence très-grande entre la jambe et l'avant-bras. A l'avant-bras, le radius et le cubitus ont à-peu-près la même grosseur, surtout à la partie moyenne du membre, là où il est plus ordinaire d'en faire l'amputation : les chairs sont aussi à-peu-près également partagées entre les faces antérieure et postérieure : et si la maladie pour laquelle on pratique l'amputation de l'avant-bras ne s'oppose pas à ce que la main soit portée dans la supination, et que le radius et le cubitus soient mis dans un parfait parallélisme, c'est une chose très-simple et très-facile que de former des chairs de l'avant-bras deux lambeaux, en traversant le membre d'un côté à l'autre avec un couteau un peu long et étroit, et en rasant la surface des deux os. Mais à la jambe, où les deux os sont placés sur un plan oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors; où le tibia, beaucoup plus gros que le péroné, n'est recouvert à sa face interne que par la peau; où le peu de chairs placées sur le plan antérieur et externe du membre occupe l'espace profond qui sépare les deux os, et dépasse à peine la surface du péroné et la crête du tibia; où enfin presque tous les muscles sont placés à

la face postérieure, il est assez difficile de former deux lambeaux à bords arrondis, et autant que possible de même forme et de dimensions égales. On ne peut y parvenir qu'en traçant chacun d'eux par une incision demi-ovalaire, qui, de la surface du membre, pénètre obliquement dans l'épaisseur des chairs jusqu'aux os. C'est ainsi que je pratique l'amputation de la jambe à lambeaux. Les deux incisions, l'une externe, l'autre interne, qui circonscrivent les deux lambeaux, se réunissent sous deux angles aigus, l'un antérieur, placé sur la crête du tibia, l'autre postérieur, qui répond au milieu du mollet, et tous les deux sur la ligne horizontale dans la direction de laquelle doit être faite la section des os. Les deux lambeaux étant tracés de cette manière, on détache chacun d'eux de bas en haut jusqu'à sa base, en rasant le plus immédiatement possible la surface des os; après quoi il ne reste plus qu'à diviser, au niveau de la base des lambeaux, les chairs inter-osseuses, et à couper les os perpendiculairement à l'axe du membre, comme dans l'amputation circulaire.

Cependant, la dernière fois que j'ai pratiqué cette amputation de la jambe, à deux lambeaux, je suis parvenu à faire le lambeau interne de la même manière à peu près qu'on forme chacun des deux lambeaux à la cuisse, au bras, et à

l'avant-bras, c'est-à-dire, que je traversai la jambe d'avant en arrière avec un couteau un peu long et étroit. L'instrument fut plongé un peu en dedans de la crête du tibia : je lui fis contourner la face et le bord interne de cet os, dans la direction de la base du lambeau : je traversai ensuite les chairs de la face postérieure de la jambe, et fis sortir l'instrument au milieu même du mollet. Seulement, pour éviter les entailles que le couteau auroit pu faire à la peau en contournant la face et le bord interne du tibia, ce qui auroit donné au bord de ce lambeau interne une disposition moins régulière, j'avois cru devoir commencer par pratiquer à la peau, en dedans de la crête du tibia, et à partir du point où j'avois projeté de faire la section des os, une incision longue de deux pouces environ. L'écartement des bords de cette incision devoit me permettre, et me permit, en effet, de contourner plus facilement la face et le bord interne du tibia. L'instrument ayant traversé le mollet, le lambeau fut très-promptement terminé : malgré l'incision faite préalablement à la peau parallalèlement à la crête du tibia, j'ai dû gagner quelque chose sur le temps nécessaire pour la séparation du membre ; j'ai dû épargner au malade quelques instans de douleurs. J'avois commencé l'opération par le lambeau interne : peut-être y auroit-il de l'avan-

tage à commencer, au contraire, par former le lambeau externe : on éviteroit cette incision préliminaire à la peau sur la crête du tibia. C'est ce que je me propose d'éprouver à la première occasion.

Mais, de quelque manière qu'on y procède, l'amputation de la jambe à lambeaux n'est pas d'une exécution aussi prompte que celle de la cuisse, du bras ou de l'avant-bras, suivant la même méthode : il faut, pour la pratiquer, à peu près le même temps que pour l'amputation circulaire. Aussi, considérée relativement à la durée de son exécution, l'amputation de la jambe à deux lambeaux n'offre pas des avantages bien réels sur l'amputation circulaire, qui est généralement en usage, et ne mérite pas une attention particulière. Mais combien ne paroît-elle pas préférable à cette dernière pour les cas dans lesquels on croit pouvoir tenter la réunion immédiate de la plaie après l'amputation de la jambe ! Par cette méthode, en effet, on met en contact, non plus la peau seulement avec la surface presque plane qui résulte de la section des os et des muscles de la jambe, faite perpendiculairement à l'axe du membre, mais deux lambeaux formés de toutes les parties molles de la jambe, et qui peuvent se toucher mutuellement par presque tous les points de leur surface sanglante. Une très-petite partie

de l'extrémité tronquée du tibia n'est recouverte que par la peau, chose qu'il est impossible d'éviter : mais partout ailleurs ce sont les chairs elles-mêmes qui sont en contact avec la surface qui résulte de la section de cet os et du péroné. En conséquence, l'adhésion organique doit s'établir plus promptement entre toutes les parties du moignon ; et cette adhésion doit être précédée d'une suppuration moins abondante que lorsque la peau seule est mise en contact avec les autres parties qui composent la jambe, et principalement avec l'extrémité tronquée des deux os. La plaie étant consolidée après l'amputation de la jambe à deux lambeaux, il reste une cicatrice simplement linéaire, tantôt aussi superficielle qu'elle puisse être, tantôt un peu déprimée, et, dans tous les cas, divisant d'avant en arrière, en deux parties égales, la surface arrondie qui termine le moignon. Sous cette surface, les chairs ou les muscles forment une masse assez épaisse de parties molles interposées entre les tégumens et les os, très-propre à matelasser ceux-ci, et à amortir les pressions extérieures que le moignon pourroit éprouver.

Faits relatifs à cette opération.

J'ai déjà fait quatre fois l'amputation de la jambe suivant cette nouvelle méthode. Dans chaque cas, l'opération a été pratiquée pour une tumeur blanche de l'articulation du pied,

portée au degré qui rend indispensable ce secours extrême de notre art. C'est, le rappelerai-je à cette occasion ? la maladie pour laquelle, dans nos hôpitaux civils, et aussi dans la pratique particulière, on pratique le plus souvent l'amputation des membres. Les quatre malades dont je veux parler étoient, chacun relativement à son âge, à son sexe, à sa constitution, et au degré plus ou moins avancé de la maladie, dans un très-grand état d'épuisement : surtout la jambe dont l'amputation devoit être faite, étoit très-maigre. Tous les quatre ont survécu à l'opération.

Le premier essai de cette amputation de la jambe, à deux lambeaux, je le fis, au mois de février dernier, sur une fille de vingt-six ans, qui étoit depuis plusieurs mois à l'hôpital de la Charité. L'opération fut pratiquée avec toutes les précautions que j'ai indiquées plus haut. Les lambeaux furent réunis au moyen d'emplâtres agglutinatifs. Les ligatures, qui avoient été placées dans l'angle postérieur de la plaie, tombèrent toutes ensemble le neuvième jour de l'opération. Le trente-deuxième, il n'y avoit plus trace de suppuration à l'extrémité du moignon : une cicatrice linéaire solide étoit formée sur toute la ligne de réunion des deux lambeaux. Peut-être cette jeune malade eût-elle été guérie plus prompte-

ment encore, si, au douzième jour de l'opération, sans cause connue, et alors que les ligatures étoient toutes tombées, il n'étoit pas survenu, dans tout le moignon, un léger engorgement inflammatoire, qui fut suivi d'un gonflement œdémateux, pour lequel je fus obligé d'en venir à l'application d'un bandage compressif, que je renouvelois chaque jour, et qui fut continué pendant quelque temps.

Il n'y avoit que quelques jours que, chez cette jeune fille, le moignon étoit consolidé, lorsque j'eus à pratiquer l'amputation de la jambe à M. G**, ancien inspecteur aux revues, homme très-connu dans l'armée, et qui, dans la campagne de Russie, éprouva, à la suite de douleurs vagues de rhumatismes, les premiers accidens d'une tumeur blanche de l'articulation du pied droit. Cette tumeur blanche étoit déjà fort avancée lorsque le malade arriva à Paris. Pendant deux ou trois mois, je le vis plusieurs fois en consultation avec M. le docteur Burdin aîné, qui lui donnoit des soins journaliers. Tout fut mis en usage pour arrêter, ou tout au moins pour ralentir les progrès de la maladie. Elle en fit, au contraire, de très-rapides; et en peu de temps nous vîmes arriver le moment où, par l'intensité toujours croissante de la douleur, et par le dépérissement du sujet, l'amputation étoit urgente. Le malade, homme d'une

grande force de caractère, s'y soumit avec calme et sans difficultés. Il voulut même que je la lui pratiquasse, de très-grand matin, le lendemain du jour où nous lui en parlâmes pour la première fois. Je n'hésitai pas à la lui faire par la méthode qui venoit de me réussir si parfaitement. Je voulois prévenir, chez ce malade, une suppuration trop abondante : je voulois lui procurer une très-prompte guérison. Mon but a été rempli. Le trentième jour après l'opération, la réunion des lambeaux étoit achevée. Depuis le moment où la dernière ligature étoit tombée, c'étoit le dixième jour de l'opération, il n'étoit sorti, par l'angle inférieur de la plaie, qu'une très-petite quantité de pus venant de l'intérieur du moignon. Cette source fut promptement tarie ; et il ne resta plus, vers ce même angle inférieur, qu'une petite plaie superficielle, dont la cicatrisation se fit avec beaucoup de rapidité.

Cependant, le surlendemain du jour de l'opération, le malade avoit éprouvé dans le moignon de très-vives douleurs : je les avois fait cesser promptement, en levant l'appareil extérieur pour le réappliquer un peu plus lâchement, et surtout en ôtant un bandage roulé légèrement compressif, que j'avois mis sur le moignon avant de faire l'application des bandelettes agglutinatives. C'étoit tout à fait par extraordinaire que j'avois appliqué ce bandage légè-

rement compressif : jamais je ne l'emploie, après quelque amputation que ce soit, par quelque méthode qu'elle ait été pratiquée, et de quelque manière aussi que j'entreprenne le traitement de la plaie. Dans mon travail particulier sur la réunion immédiate de la plaie après l'amputation circulaire des membres, je me suis même élevé contre l'habitude contraire dans laquelle sont encore à cet égard quelques chirurgiens. Mais dans le cas que je rapporte, l'amputation étant terminée, la ligature des vaisseaux étant faite, et me trouvant au moment de réunir les lambeaux, je crus remarquer que l'externe étoit un peu court : il y manquoit surtout un peu de tégumens pour que son bord pût être mis sans peine en contact immédiat avec celui du lambeau interne, ou pour qu'il n'y eût pas une tendance à la désunion de ces bords, après leur exacte coaptation. Je m'étois trompé, puisqu'après que j'eus enlevé le bandage roulé, le surlendemain de l'opération, les bords des lambeaux restèrent dans le contact le plus parfait à la faveur des seuls emplâtres agglutinatifs. Mais au moment de l'application du premier appareil, j'avois cru devoir mettre ce bandage roulé, pour rendre plus facile ensuite la réunion des lambeaux, et prévenir, s'il étoit possible, les effets de leur rétraction. C'étoit ce bandage qui, rendu un peu trop serré par le

léger gonflement qui s'empara du moignon, avoit causé ces douleurs si vives, que je fis cesser en l'enlevant.

C'est à peu près à la même époque, c'est-à-dire dans le cours de la cinquième semaine après l'opération, et conséquemment en beaucoup moins de temps que la nature n'en met à cicatriser la plaie qui résulte de l'amputation circulaire de la jambe, c'est, dis-je, dans le cours de la cinquième semaine pareillement, qu'ont été guéris les deux autres malades auxquels j'ai pratiqué l'amputation de la jambe à deux lambeaux. Je comptois peu cependant sur le succès de l'opération chez l'un de ces malades, qui, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Charité, ayant une tumeur blanche de l'articulation du pied, avec carie très-avancée des os du tarse et de la partie inférieure des os de la jambe, étoit dans le dernier degré du marasme. J'hésitai quelque temps à lui proposer l'amputation : lui-même, après que je lui en eus parlé, tarda un peu à prendre la résolution de s'y soumettre. Il étoit à l'hôpital depuis trois semaines, lorsque je lui pratiquai l'opération le 26 avril de cette année. Les suites ont présenté plusieurs circonstances particulières, toutes dépendantes de la foiblesse extrême du sujet. Le malade ne souffrit pas durant les premiers jours après l'opération ; et cependant, à la levée du premier appareil, il y

avoit dans toute l'étendue du moignon, et jusqu'au-dessus du genou, de la phlogose à la peau : plusieurs phlictaines s'étoient même formées par le soulèvement de l'épiderme, là surtout où il paroissoit que la peau avoit pu être comprimée par quelques plis des compresses ou de la bande, quoique j'eusse appliqué un appareil très-lâche. Sous ces phlictaines se sont établies, plus tard, de véritables escarrhes, peu étendues en surface, mais comprenant toute l'épaisseur de la peau. Le moignon étoit consolidé, que les plaies auxquelles avoit donné lieu la séparation de ces escarrhes n'étoient pas encore entièrement cicatrisées. Pendant quelques jours après la chute des ligatures, qui pour l'une d'elles se fit attendre jusqu'au seizième jour après l'opération, l'angle inférieur de la plaie laissoit couler dans l'intervalle d'un pansement à un autre, une assez grande quantité d'un pus rousseâtre, évidemment mêlé de sang, et même un peu d'un sang pur, mais décomposé. Je suis parvenu, et plus promptement même que je ne l'espérois d'abord, à tarir la source de cet écoulement, en exerçant une compression expulsive permanente sur les côtés du moignon. Je n'ai pas besoin de dire que, du moment où le malade a été hors de danger relativement aux suites de l'opération, sa santé s'est améliorée de jour en jour.

Le dernier des quatre malades auxquels j'ai fait l'amputation de la jambe à deux lambeaux, et que j'opérai au mois de juillet dernier, étoit un jeune homme de seize ans, parent du docteur Merat. La tumeur blanche de l'articulation du pied, développée depuis huit mois seulement, à la suite d'une entorse, n'avoit sans doute succédé à l'influence de cette cause, et n'avoit fait des progrès si rapides, que parce que ce jeune homme étoit naturellement d'une constitution foible, délicate, et entachée peut-être du vice scrofuleux. C'est sur lui que j'ai cherché et que j'ai réussi à former le lambeau interne en traversant la jambe d'avant en arrière avec un couteau droit, là où je devois couper les os, et en séparant d'un seul trait d'instrument les chairs qui devoient composer ce lambeau. J'avois fait préalablement à la peau une incision parallèle à la crête du tibia, en dedans de cette crête : c'est dans l'angle supérieur de cette incision que fut plongé le couteau, dont le tranchant étoit tourné en bas. Après la séparation du membre, j'éprouvai quelque difficulté à lier l'artère tibiale antérieure : je plaçai successivement sur cette seule artère trois ligatures. Trois autres furent appliquées sur des artères différentes : et ces six fils à ligatures, de chacun desquels je coupai l'un des chefs près de chaque artère, furent tous

rassemblés dans l'angle postérieur de la plaie. Je réunis ensuite, avec des bandelettes agglutinatives, les deux lambeaux dans toute l'étendue de leurs bords, excepté au niveau de cet angle postérieur de la plaie. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie consécutive : mais le surlendemain du jour de l'opération, le petit malade se plaignant d'éprouver une douleur assez vive à la surface du moignon, je levai l'appareil défensif dont celui-ci avoit été couvert, sans toucher aux emplâtres. Il y avoit un peu de rougeur à la peau jusque sur le genou. Le bandage, qui n'avoit cependant pas été trop serré, fut réappliqué de manière à être plus lâche encore. On fit sur le moignon des fomentations émollientes. Cela a suffi pour faire dissiper, en vingt-quatre heures, et la douleur dont le malade s'étoit plaint, et l'inflammation légère de la peau du moignon. J'ai pu retirer une première ligature le huitième jour de l'opération : la dernière de toutes n'est tombée que le quinzième jour. Depuis ce temps, le pus a coulé en quantité de moins en moins considérable par l'angle postérieur de la plaie, et aussi par l'angle antérieur, vers lequel une légère suppuration s'étoit établie. Dès le vingt-cinquième jour après l'opération, le petit malade put sortir du lit et se promener avec des béquilles : mais deux très-petites plaies, qui répondoient aux

deux angles de réunion des lambeaux, et dans l'intervalle desquelles il n'existoit qu'une cicatrice linéaire, n'ont été guéries entièrement que le trente-sixième jour.

Conclusion. Ici je termine un travail qui a presque un autre caractère que celui que j'avois eu l'intention de lui donner. Ce qui ne devoit être qu'un simple récit d'observations faites sur les hôpitaux de Londres, sur l'enseignement et la pratique de la chirurgie dans cette capitale de l'Angleterre, s'est changé, sans que je l'aie voulu, sans que je m'en sois même aperçu d'abord, en une suite de considérations assez étendues sur quelques-unes des principales matières chirurgicales. Des faits pratiques, en grand nombre, y ont trouvé place. Toutefois, je n'ai pas perdu un seul instant de vue l'objet essentiel de ce travail, ou le but dans lequel je l'avois entrepris : alors même que j'ai pu paroître m'en écarter, j'avois toujours l'intention de rendre plus complet le parallèle de la chirurgie angloise avec la chirurgie françoise. J'ai tâché de mettre dans ce parallèle la plus sévère impartialité. Éloignant de mon esprit toute prévention, et faisant abnégation de tout orgueil national, j'ai mis la même franchise à faire connoître les choses belles et vraiment utiles que m'a présentées la chirurgie

angloise, et à faire ressortir ses défauts. S'il faut que je termine par un jugement général, je dirai que, sous le rapport de notre art, comme dans ses mœurs et ses institutions, comme sous quelque autre rapport qu'on veuille la considérer, l'Angleterre est le pays des contrastes. A côté de traits des plus brillans, la chirurgie angloise offre les plus grandes imperfections. La chirurgie françoise est plus généralement bonne.

FIN.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CET OUVRAGE.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

La Chirurgie françoise et la Chirurgie angloise ont été de tout temps les seules rivales, *page 1.* Principales découvertes et inventions dont elles partagent la gloire, 2. Autres découvertes et inventions propres à la Chirurgie françoise, 3. Choses principales que l'art doit aux Anglois, 4. Auxquels, des Chirurgiens françois ou des Chirurgiens anglois, accorder la supériorité dans l'importance des découvertes, 10. Objet de cette relation d'un voyage fait à Londres l'année dernière, 14. Préventions dont les Chirurgiens anglois étoient imbus, et que j'ai eu à dissiper, 17. Accueil qu'ils m'ont fait, 18. Particularités de mon séjour parmi eux, 19. Hommes les plus marquans en Chirurgie à Londres, 24. Ouvrages de quelques-uns d'eux, 25. Raisons du grand nombre d'hommes habiles en chirurgie à Londres, et vraisemblablement dans d'autres villes de l'Angleterre : goût des gens du monde même pour la chirurgie : esprit de confraternité parmi ceux qui la cultivent : beaucoup d'hôpitaux existent à Londres : plusieurs chirurgiens pour chaque hôpital, 28 et suiv. Division de cet Ouvrage, 31.

PREMIÈRE PARTIE.

Hôpitaux, et Enseignement de la Chirurgie à Londres.

Du nombre des hôpitaux de Londres, 33. Aucun d'eux n'est ni très-petit ni très-grand, *ibid.* Infirmeries de l'Hôtel des soldats de terre invalides, et de l'Asile royal pour les enfans des soldats de terre, 35, 36. A l'occasion de cet Asile, détails sur l'Ophthalmie d'Egypte, 37. Elle a été épidémique pendant plusieurs années, 38. Son caractère, 40. Sa marche, 41. Preuves de son caractère contagieux, 44 et suiv. Le principe en avoit été apporté par les soldats anglois à leur retour d'Egypte, 46. Rien de semblable n'a été vu en France, 48. Infirmeries de l'Asile royal pour les enfans de matelots, et de l'Hôtel des matelots invalides, à Greenwich, 51. Quels hôpitaux spéciaux existent à Londres : il y en a que nous n'avons pas à Paris, et nous en avons qui n'existent pas à Londres, 54. Leur destination mieux remplie à Paris qu'à Londres, 56. Tous les hôpitaux de Londres sont autant d'établissemens particuliers indépendans les uns des autres, *ibid.* Ce que sont, au contraire, ceux de Paris, et quels avantages sont résultés de leur réunion sous une administration commune ou générale, 57 et suiv. Le système des hôpitaux de Londres trop conforme au goût et à l'esprit de la nation angloise pour éprouver jamais des changemens, 62. Ce que sont ces hôpitaux comme monumens, 63. De leur distribution intérieure, 64. De la manière dont les malades y sont admis, 66. Ce qui seroit préférable à Londres comme à Paris, *ibid.* Vœux pour la suppression du Bureau central d'admission de Paris, 68. Les départemens de la Médecine ne sont sé-

parés dans aucun des hôpitaux de Londres, 69. Inconvéniens de leur réunion, *ibid.* Ce qu'ont inutilement tenté à cet égard les médecins et chirurgiens de quelques hôpitaux de Londres, 73. Les visites n'y sont faites que certains jours de la semaine, 74. Inconvéniens d'un tel usage, *ibid.* L'heure des visites est également mal choisie pour l'intérêt des malades, 76. Avantages du service fait le matin dans les hôpitaux, soit par rapport aux maladies internes, soit pour les maladies chirurgicales et les grandes opérations, 77 et suiv.

L'enseignement, celui de la chirurgie surtout, à Londres, concentré dans les hôpitaux, 82. Ce qu'est le Collége de chirurgie, 83. C'est l'anatomie comparée qu'on y enseigne avec le plus de soin, *ibid.* Ce qu'y sont les cabinets d'anatomie, 84. Les Anglois ont le très-grand goût des préparations anatomiques, 86. A Londres, l'enseignement particulier est tout, 87. Réflexions sur ce qu'est en France, et à Paris particulièrement, l'enseignement public et particulier de la Médecine et de la Chirurgie, 88 et suiv. Les divers cours, à Londres, sont faits avec beaucoup de concision, 91.

SECONDE PARTIE.

Doctrine et Pratique chirurgicales des Anglois.

Leurs pansemens pour les plaies, les ulcères, sont très-simples, 93. Cela tient en partie à la méthode même de traitement de ces solutions de continuité, 94. Les chirurgiens anglois manquent de plusieurs des objets dont nous avons composé le matériel de nos pansemens, 96. Ce qui leur tient lieu de charpie, *ibid.* Des bandes de flanelle sont substituées à nos bandes de toile, 97. La

Chirurgie angloise fait un grand usage des emplâtres agglutinatifs, 98. Ablutions des plaies, et raisons de cet usage, 99.

Manière générale d'opérer des chirurgiens anglois, 100. Ils ne se décident pas plus légèrement que nous aux opérations, 101. Peut-être plus que nous amis des tentatives extraordinaires, *ibib.* Ils préparent à peine les malades aux opérations, 102. Ne laissent point assez s'habituer à l'air des hôpitaux ceux qui doivent subir des opérations non urgentes, 103. Ces négligences rappellent la doctrine plus spécieuse que solide de Pouteau, 104. Les chirurgiens anglois ne tiennent pas autant que nous à éloigner du malade tout ce qui pourroit ajouter à l'inquiétude qu'il éprouve, 105. Ils sont impassibles à l'excès, et presque tous opèrent avec trop de lenteur, 108.

Plaies. Réflexions préliminaires, 110. Rapprochement des plaies qui succèdent aux opérations et des plaies accidentelles, *ibid.* et suiv. Les unes et les autres présentent les mêmes indications curatives, 113. La réunion immédiate prodiguée par les chirurgiens anglois, 117. Avantages généraux de cette méthode, *ibid.* C'est en abuser que de l'employer dans tous les cas où elle est praticable, 118. Examen de ses avantages et de ses inconvéniens dans quelques cas en particulier, 119. Après la castration, *ibid.* Après la ligature des gros vaisseaux, 124. Après l'amputation des membres, 128. Soins particuliers que les chirurgiens anglois apportent dans la réunion immédiate des plaies, 131. Section de l'un des chefs de chacune des ligatures appliquées sur les artères, 132. On a proposé de retrancher tous les chefs des ligatures, *ibid.* Tentatives faites à cet égard après l'amputation des mem-

bres, 135. Tentatives du même genre faites par l'Auteur de cet ouvrage après l'amputation des tumeurs squirrheuses ou cancéreuses du sein, 138. La réunion immédiate très-convenable, dans beaucoup de cas, pour la plaie qui résulte de cette opération, 139. Remarques sur une circonstance particulière et assez fréquente des plaies qui succèdent à l'ablation des tumeurs cancéreuses, 140.

Ulcères. Remarques préliminaires, 142. Aspects divers des ulcères aux jambes entretenus par une cause locale, 143. Du traitement de ces ulcères le plus généralement adopté par les chirurgiens françois, 145 et suiv. Traitement par les bandelettes agglutinatives, méthode des Anglois, 148. Détails sur cette méthode, 149. Explication de sa manière d'agir, 151. Essais faits par l'Auteur de cet ouvrage, 152. Observations, *ibid* et suiv. Le même traitement peut-il être de quelque efficacité dans les ulcères scrofuleux, vénériens consécutifs? 155. Observations, *ibid* et suiv. Opinion des médecins et chirurgiens anglois sur la *pseudo-syphilis*, 171.

Fractures. Réflexions préliminaires, 173. Quels perfectionnemens Desault a ajoutés à cette partie du domaine de l'art, *ibid.* Ce qu'il a fait pour les fractures du col de l'humérus, 174; de l'olécrâne, *ibid;* de la rotule, 175; du col du fémur, 176. Quels changemens il a apportés dans les appareils consécutifs des fractures de la cuisse et de la jambe, *ibid.* Les chirurgiens anglois loin de nous pour le traitement des fractures, 177. Opinion qu'ils professent relativement à celles du col du fémur, 178. Ils emploient la position demi-fléchie du membre inférieur dans les fractures de la cuisse et dans celles de la jambe, 182. Remarques sur les avantages et les inconvéniens de

cette méthode de Pott, *ibid* et suiv. Quels appareils contentifs les chirurgiens anglois mettent en usage, 190 et suiv. Ils doivent voir, plus souvent que nous, des consolidations difformes, des consolidations tardives, et, selon toute apparence, des fausses articulations, 192. Ce que j'ai vu, étant à Londres, par rapport à ces fausses articulations consécutives aux fractures, 193. Faits relatifs à l'opération suivant la méthode de Physick, de Philadelphie, 195.

Luxations. Réflexions générales, 207. Les chirurgiens françois ont beaucoup contribué à éclairer la doctrine de ce genre de maladies, 208. Les Anglois ont les premiers usé de ressources extraordinaires dans quelques cas de luxations compliquées du pied, de l'articulation du coude, *ibid.* Faits relatifs aux luxations compliquées du pied, 209; plusieurs consignés dans les *Practical Observations in Surgery*, de William Hey, 210. Jugement sur cet ouvrage, *ibid.*

Fungus hematodes, 211. Nous avons détourné ces mots du sens qu'y a attaché M. Hey, qui les a introduits dans le langage chirurgical, 212. La maladie que les praticiens anglois nomment *Fungus hematodes* n'est vraiment que le cancer mou, fongueux. Faits, 213. Réfutation de leur doctrine à cet égard, 215 et suiv. Digression sur les tumeurs fongueuses sanguines, vrai *fongus hematodes*, ou *fungus hematodes* non cancéreux, 220. A ces tumeurs, rapporter l'anévrisme de Pott, 221. Ce que sont toutes les autres tumeurs fongueuses sanguines, 222. Quelques-unes sont simplement variqueuses; d'autres, et ce sont les plus communes, sont anévrismatiques, ou plutôt anévrismatiques et variqueuses, 223. Faits relatifs

à des tumeurs fongueuses sanguines simplement variqueuses, 224. Aspect de ceux des *nævi materni* auxquels succèdent fréquemment les tumeurs fongueuses sanguines, 227. Leur siége le plus ordinaire, 229. Époque du développement de ces tumeurs, 230. Leurs progrès rapides, quand elles ne se forment qu'à l'époque de la puberté chez les personnes du sexe. Faits, 231 et suiv. L'enfance, époque peu favorable à l'éradication d'une tumeur fongueuse sanguine, 238. Réflexions à ce sujet, et en général sur la contre-indication qu'apporte l'âge peu avancé à certaines opérations, 241. Avantages et inconvéniens de la compression d'une tumeur fongueuse sanguine, 242. Faits, 243 et suiv. La compression sur une tache rouge congéniale de la peau, avantageuse pour prévenir la formation d'un *fungus hematodes*, 246. Fait, 247.

Anévrismes. Les Anglois ont fait beaucoup dans les opérations relatives aux anévrismes externes, 248. Ils avoient perfectionné l'opération par l'ouverture du sac, 249. Méthode de Hunter, à laquelle nous fîmes d'abord un froid accueil, 250. L'adoption de cette méthode a conduit à la ligature de l'artère carotide, à celle de l'artère iliaque externe, de la sous-clavière, etc., 251. Les chirurgiens anglois portent au plus haut degré la confiance dans les ressources de la nature pour le rétablissement de la circulation, 252. Cela contraste avec la timidité qu'ils ont montrée dans un temps, 253. Réflexions sur leur nomenclature des anévrismes comparée avec la nôtre, 254. Ils pratiquent l'opération par la méthode de Hunter exclusivement, 256. Ils n'admettent même pas l'opération par l'ouverture du sac pour un anévrisme placé immédiatement au-dessous d'une artère collatérale importante,

ibid. Ce qu'ils pensent relativement aux hémorrhagies consécutives, qu'ils croient d'autant plus à craindre que les ligatures sont plus voisines des artères collatérales, 258. Fait relatif à la ligature de l'artère crurale ouverte dans une blessure à la cuisse, 259. De quelle manière les chirurgiens anglois pratiquent l'opération par la méthode de Hunter, particulièrement pour l'anévrisme poplité, 262. Faits relatifs à cette opération, et propres à l'Auteur de cet ouvrage, 264. Le procédé de M. Dubois et de Jones a été mis récemment en usage par M. Cooper. Observation, 270. Faits relatifs à la ligature de l'artère carotide primitive pratiquée par Astley Cooper pour des anévrismes proprement dits de cette artère ; par M. Travers, pour une tumeur variqueuse de l'orbite, 271 et suiv. Ligature de l'artère iliaque externe, 275. Elle a été pratiquée déjà vingt-trois fois, 276. M. Cooper, qui l'avoit déjà faite six fois, l'a pratiquée une septième fois pendant mon séjour à Londres. Détails sur cette dernière, 276. Cas de ligature de l'artère crurale au-dessous d'un anévrisme de l'iliaque externe, 279.

Maladies des yeux, et opérations qui s'y rapportent, 280. Le préjugé des personnes du monde en faveur des oculistes plus grand encore en Angleterre qu'en France, *ibid.* Cependant, c'est à des chirurgiens proprement dits que sont dues les découvertes les plus importantes, les inventions les plus heureuses par lesquelles la chirurgie oculaire a été perfectionnée, 281. Procédé d'Adams pour la pupille artificielle, 283. Faits relatifs à cette opération, 284 et suiv. Procédé du même oculiste anglois pour l'opération relative à l'ectropion, 289. Il existe, à Londres une infirmerie pour le traitement des maladies des yeux, 292. Détails sur cet établissement, 293. Ses avantages et

ses inconvéniens, 294. Quels hommes sont placés à la tête de cette infirmerie, 295.

Opération de la Fistule à l'anus, 296. Le bistouri de Pott est encore l'instrument de prédilection des chirurgiens anglois pour cette opération, *ibid.* Combien est plus convenable notre manière de la pratiquer avec la sonde cannelée, le bistouri droit et le gorgeret, *ibid* et suiv. Réflexions sur les complications de la fistule à l'anus et les variétés de l'opération, 299 et suiv. (1) De quelle manière les chirurgiens anglois pansent la plaie après l'opération de la fistule à l'anus, 302.

Engorgement vénérien chronique du testicule, et Cancer de la verge, 305. Des praticiens anglois ont remarqué que, dans l'engorgement vénérien chronique du testicule, la tumeur avoit une forme pyramidale, *ibid.* Le cancer de la verge dépend fréquemment d'un phymosis habituel, et paroît être, plus souvent que celui des autres parties du corps, une affection purement locale, 306. Faits confirmatifs de ces deux assertions, rapportés par Hey, 307. Autres faits propres à l'Auteur de cet ouvrage, 308.

Maladies des voies urinaires, et opérations qui s'y rapportent, 311. Les chirurgiens anglois se servent d'une sonde pleine en acier pour explorer la vessie, dans le cas de calcul principalement, *ibid.* Un tel instrument est-il plus ou moins avantageux que l'algalie? 312. Ils consi-

---

(1) Faute essentielle à corriger dans le texte de cet ouvrage, page 301, ligne 5 : Dans le plus grand nombre des cas, il *ne* faut faire autre chose ; *lisez :* Il faut faire autre chose.

dèrent les maladies de la glande prostate comme plus fréquentes qu'elles ne le sont réellement, *ibid.* Ils pratiquent encore la boutonnière dans quelques cas de rétention d'urine par rétrécissement de l'urètre, 313. Réflexions à ce sujet, 314. Le traitement des coarctations de l'urètre, par le caustique, n'est guère plus préconisé maintenant en Angleterre qu'il ne l'est en France, 315.

Opération de la taille, 315. Réflexions préliminaires sur les procédés de l'appareil latéral, et sur les procédés opératoires en général, 316. Quels procédés divers on emploie, à Londres, pour l'opération de la taille, 318. Les chirurgiens anglois n'ont pas adopté nos tenettes croisées, *ibid.* Leurs cathéters sont plus gros que les nôtres, mais la courbure en est moins marquée, 319. Inconvéniens et avantages du peu de courbure du cathéter, 320. Ce que j'ai vu dans deux tailles pratiquées en ma présence par M. Cooper, 321. Il paroît que les chirurgiens anglois ont moins souvent que nous des hémorrhagies consécutivement à cette opération : raison probable de ce fait, 322.

Hernies, 323. Un établissement a été fondé à Londres pour les individus affectés de hernies, *ibid.* Un tel établissement peu utile sous le rapport de l'art, *ibid.* Dans quelles autres sources on doit puiser de nouvelles lumières sur les hernies, 324. Traité didactique des hernies par Lawrence : jugement sur cet ouvrage, 325. Recherches particulières d'Astley Cooper, *ibid.* M. Cooper a constaté une variété de la hernie inguinale congénitale chez les sujets mâles, qu'avoit déjà observée M. Hey, 326. Détails sur cette hernie semi-congénitale, 327. Le même a parfaitement décrit l'arcade crurale et les aponévroses de

l'espace inguinal, 328. Description du ligament de Fallope, 329 et suiv. Description des aponévroses de l'espace inguinal et de l'ouverture de la veine saphène, 332 et suiv. Tout porte à croire que, dans la hernie fémorale, les parties, après avoir franchi l'anneau crural, s'engagent dans cette ouverture de la veine saphène, 334. Observations faites à ce sujet par M. Béclard, 335.

Amputation des membres, 336. En quels points comparer la pratique des chirurgiens anglois avec la nôtre sous le rapport de cette opération, *ibid.* Ils ne pratiquent pas d'autres amputations dans les articulations que celles que nous avons conservées, 337. M. Hey a fait deux fois l'amputation partielle du pied dans la jonction du métatarse avec le tarse, 339. Les chirurgiens anglois assez partisans de l'amputation à lambeaux dans la continuité des membres : c'est une suite de leur prévention pour la réunion immédiate, 340. Par suite de la même prévention, j'ai été conduit à reproduire l'amputation de la jambe à lambeaux, mais à deux lambeaux, 341. Description de cette dernière opération, 342. Ses avantages, 346. Faits relatifs à cette opération.

Conclusion, 356. Jugement général sur la Chirurgie angloise, 357.

Fin de la Table.

DE L'IMPRIMERIE DE CRAPELET,
Rue de Vaugirard, n° 9, près l'Odéon.

Date Due

Demco 293-5

YALE MEDICAL LIBRARY

Hist.
RD 27
81SR