

Du pied équin et de son traitement : thèse présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier, le 8 août 1840 / par J.-Louis Bertrand.

Contributors

Bertrand, J. Louis.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Typ. et lithographie de X. Jullien, 1840.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/h7dx4qxu>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. 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>

n. B. 151.

DU

N° 92.

PIED ÉQUIN

ET DE SON TRAITEMENT.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 8 Août

1840,

Par J.-Louis BERTRAND,

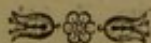
DE SAINT-PONS (Hérault).



POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Je ne caresse pas les opinions, mais je cherche la vérité.

(THOMAS, *Eloge de Descartes*)



MONTPELLIER,

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE X. JULLIEN, PLACE MARCHÉ AUX FLEURS.

1840.

A LA MÉMOIRE

DU PLUS CHÉRI DES PÈRES ET DE LA PLUS TENDRE DES MÈRES,

J'étais l'unique objet de leur amour ;

Ils seront l'objet des regrets de toute toute ma vie !

A MA GRAND-MÈRE.

Dévouement, piété filiale.

L. BERTRAND.

A MON ONCLE CORMARY,

*Vous m'avez toujours témoigné les sentimens d'un père, recevez le
faible hommage d'une âme reconnaissante et dévouée,*

A TOUS MÉS AUTRES PARENS,

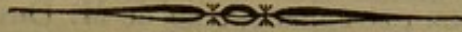
Attachement sans bornes,

L. BERTRAND,

DU PIED ÉQUIN

ET

DE SON TRAITEMENT



I.

Considérations générales.



L'étude des déviations du pied , ou pieds-bots, a fait de grand progrès dans ce dernier siècle, et principalement parmi nous. Leur histoire remonte à des temps éloignés. Hippocrate les a très-bien observées; il indique les méthodes curatives qui leur conviennent, et va même jusqu'à décrire la manière d'appliquer les bandages; *neque magnâ vi, dit-il, sed leniter cogantur.* (1) Sans nous arrêter à ce qu'en ont pu dire, après lui, les anciens, nous nous contenterons de faire observer que leurs connaissances anatomiques et physiologiques ne leur permettaient point d'en avoir une idée exacte. Scarpa fut le premier à se baser sur l'anatomie et la physiologie; il fut aussi le premier à jeter un grand jour sur cette matière. Après lui, l'Allemagne donna à cette étude une impulsion marquée; cependant il restait beaucoup à faire; et, si ce point de la science n'est plus obscur aujourd'hui, c'est aux travaux de Delpech que nous le devons. Il fut le premier en France à s'en occuper. Ce chirurgien, à jamais célèbre, dit lui-même: qu'il est peu d'affections qui aient moins fixé l'attention des observateurs, et sur lesquelles on ait moins

(1) De articulis Sect. IV.

d'études approfondies, et de principes fondés sur l'observation de la nature.(1) Les chirurgiens de nos jours ne méritent pas ce reproche ; les travaux de MM. Duval , Bouvier , J. Guérin , Scoutetten , Velpeau , Serre , etc. , en sont une preuve irrécusable.

On distingue généralement cinq espèces de pieds-bots : 1° le pied-bot en dedans , varus des anciens , stréphendopodie de M. Duval ; 2° le pied-bot en dehors , valgus , stréphexopodie de M. Duval ; 3° le pied-bot sur le talon , calcanien de M. Scoutetten , stréphanopodie de M. Duval ; 4° le pied-bot en-dessous , stréphyopodie de M. Duval ; 5° le pied-bot sur la pointe des pieds, ou pied-équin. Ce dernier seul fera le sujet de notre dissertation.

II.

Du Pied Équin.

La déviation du pied en bas constitue la difformité qui va nous occuper. On la désigne de différentes manières. Elle est le plus généralement connue sous la dénomination de pied équin , *pes equinus*. M. Scoutetten l'appelle pied-bot phalangien , et M. Duval , stréphocatopodie. Cette difformité offre plusieurs degrés, depuis la simple élévation du talon jusqu'à l'extension absolue du pied. La marche s'effectue alors plus ou moins complètement sur les dernières phalanges. Le tendon d'Achille est fortement tendu ; la concavité et convexité naturelles du pied sont augmentées.

Les anciens médecins pensaient que toujours dans cette déviation du pied , comme dans toutes les autres , il y avait luxation. Scarpa , le premier , montra la fausseté de cette opinion : il prouva , qu'il n'y avait qu'un simple éloignement de contact des os plus ou moins contournés sur leur axe. MM. D'Ivernois , Maisonabe et autres , ont depuis confirmé de leur autorité cette opinion. Cependant nous connaissons deux exceptions à cette règle générale. M. Held , dans une dissertation sur le pied-bot,

(1) Cliniq. chirurg. (pag. 147.)

cite un cas dans lequel il a trouvé l'astragale luxé chez un fœtus à terme; et M. le docteur Verger a tout récemment publié l'observation d'un varus congénital trouvé sur un enfant âgé de deux mois, qui était dû à une luxation de l'articulation tibio-tarsienne.

M. Cruveilhier s'est attaché à démontrer par des dissections les dérangemens survenus dans les rapports articulaires. M. Bouvier s'en est aussi occupé avec soin, et voici la description qu'en donne cet auteur : « si, « dit-il, la déviation est légère, il y a simplement extension de l'arti-
« culation tibio-tarsienne, dont les surfaces conservent leurs rapports
« mutuels. Mais lorsqu'elle est considérable, ces rapports sont en partie
« détruits. Le tibia touche au calcanéum derrière l'astragale, dont la
« poulie se trouve presque en entier au-devant de la mortaise destinée
« à le recevoir. Le scaphoïde et le cuboïde sont en même-temps portés
« vers la plante du pied, et laissent à nu la partie supérieure de la
« tête de l'astragale et de la facette cuboïdienne du calcanéum. Les
« cunéiformes et les métatarsiens sont quelquefois inclinés dans le même
« sens. Tout le pied est arqué suivant sa longueur, bombé au-dessus,
« et cintré au-dessous; la face dorsale a plus d'étendue, la plante est
« raccourcie, et le talon plus rapproché de la pointe du pied. Les liga-
« mens dorsaux sont allongés, les plantaires ont une brièveté anormale.
« Les muscles de la face antérieure sont plus longs, ceux de la face
« postérieure plus courts que dans l'état naturel. Les muscles du mol-
« let en particulier, sont fortement rétractés. » (1) Pour compléter cette
description, nous devons ajouter que, si la déformation est ancienne,
il peut arriver à la longue que les os s'atrophient et se déforment;
qu'il y ait formation de lamelles ou de concrétions osseuses sur les
parties articulaires qui ne remplissent plus leurs usages, ou que du moins
elles perdent leur poli, et deviennent plus ou moins rugueuses.

Les auteurs que nous venons de citer sont certainement dignes de
grands éloges. Ils nous ont révélé par leurs dissections toutes les dévia-
tions intérieures; mais il nous semble qu'ils n'ont pas suffisamment étudié

(1) dictionn. en 5 v. art. pied-bot

l'altération de nutrition, et l'atrophie du membre, conséquence inévitable du pied-équin. En effet, il est d'observation journalière qu'un pied pris de cette affection soit congénitalement, soit accidentellement, est toujours plus petit que le pied sain. L'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Dupuytren, s'en est assuré dans un grand nombre de circonstances. Cette atrophie primitive ne peut pas être expliquée; mais elle en amène une secondaire qui s'étend à tout le membre, et dont la cause nous est mieux dévoilée. En effet, le sujet s'appuie instinctivement davantage sur le pied sain; celui-ci supportera presque constamment tout le poids du corps. La nutrition s'y accroîtra en raison de cet exercice, tandis que l'autre membre presque oisif, maigrira et dépérira en raison même de cette inaction. Nous pensons que telle est la source de la gracilité et de la faiblesse du membre affecté. Cette circonstance, quoique fâcheuse, n'est cependant pas sans qu'on puisse y remédier; mais il en est une autre beaucoup plus grave. Le membre ne diminue pas seulement de volume, mais encore perd de sa longueur. Les muscles sont alors moins longs; mais ce qui est quelquefois beaucoup plus fâcheux, c'est que les os participent à cet état. Dupuytren avait observé que la différence de longueur entre le membre sain et le membre difforme allait croissant en raison directe de l'âge. Nulle à la naissance, elle devient sensible quelques années après: ce profond observateur a toujours vu, au bout de dix ans, un raccourcissement notable.

III.

Étiologie.

On distingue le pied équin en congénital et en accidentel. De toutes les déviations du pied, c'est la plus rare à la naissance. Elle affecte, tantôt un seul pied et tantôt les deux. On ne sait pas encore d'une manière positive, celui qui en est le plus souvent attaqué. Ils peuvent l'être à des degrés différents. Le sexe masculin paraît avoir la préfé-

rence. Voici, au reste, à ce sujet, les observations des auteurs. Quoique relatives aux pieds-bots, en général, elles se rattachent immédiatement à notre travail. « Sur quatre-vingt cas, dit M. Bouvier, que j'ai recueillis dans les auteurs, ou observés moi-même, les deux cinquièmes étaient doubles, un tiers siégeant au pied gauche, un quart au pied droit. Sur soixante cas, les trois cinquièmes ont été observés sur des garçons, et deux cinquièmes seulement sur des filles. »

M. Martin vient ensuite, et ne parlant que de ce qu'il a observé lui-même, il se trouve en désaccord avec M. Bouvier pour le côté affecté. Pour lui, ce serait plus souvent le pied droit. Pour M. Bouvier ce serait le contraire. Ces deux auteurs sont du même avis pour le sexe; le nombre des garçons prédomine.

M. Scoutetten a fait la même remarque sur ce dernier point, et de ses observations il résulte, que le côté droit est plus souvent affecté que le côté gauche.

Pour nous, nous resterons dans un sage doute, et nous croyons qu'on doit attendre, pour arriver à la vérité, une statistique plus complète.

S'il est exact de dire que l'histoire des causes pathologiques est généralement peu avancée, on peut déclarer hardiment que nulle part cette obscurité ne se révèle plus clairement que dans nos connaissances étiologiques sur le pied équin congénital. Cette étude nous occupera assez peu; et d'ailleurs cette difformité étant le plus souvent accidentelle, nous nous étendrons avec plus de fruit sur les causes qui peuvent donner lieu à cette dernière.

M. Duval la fait dépendre de la position de l'enfant dans l'utérus; M. Martin, de la compression que les pieds peuvent subir dans cet organe; et il ajoute une confiance d'autant plus grande à cette explication, qu'il y trouve une preuve d'une de ses idées théoriques; car, pour cet auteur, si les garçons en sont plus fréquemment attaqués, ce n'est que parce qu'ils sont plus volumineux que les filles: M. Cruveilhaer est de ce même avis. Nous sommes loin de rejeter tout-à-fait l'influence de cette cause; mais nous croyons que, si elle peut être admise dans quelques cas, elle ne peut l'être d'une manière absolue, comme le veut M. Martin.

« D'après M. Scoutetten, le pied équin est dû à une répartition inégale de force entre les muscles fléchisseurs et les muscles extenseurs ; d'après quelques autres, il ne viendrait que de l'influence de l'imagination de la mère. Malbranche le premier mit en vogue cette hypothèse. Nous passerons sous silence les histoires les plus extraordinaires auxquelles elle a donné lieu ; et chose bien singulière ! le grand Haller rapporte bien sérieusement qu'une Etiopienne accoucha de plusieurs enfants d'une blancheur égale à celle d'une statue de marbre, qu'elle eut sous les yeux pendant les mois de sa grossesse. Desgrange combattit victorieusement cette opinion, et en démontra toute l'absurdité. « Cependant, encore aujourd'hui, le crédule vulgaire, toujours ami des erreurs les plus absurdes, pourvu qu'il ne les comprenne pas, continue à chercher dans les désirs et dans les émotions de la mère, la cause de toutes les difformités du fœtus. » (1) Nous croyons inutile de prouver le ridicule d'une pareille opinion ; elle ne saurait satisfaire dans tous les cas.

Quelques observations sembleraient prouver l'hérédité. A. Paré est le premier à en avoir fait la remarque.

En résumé, il est facile de s'apercevoir que la formation du pied équin congénital est environné d'une grande obscurité, et que jusqu'ici on a mis en fait ce qui est encore en question.

Il n'en est pas de même pour le pied équin accidentel ; dans la plupart des cas on peut assez bien en apprécier la source. La pression du maillot chez l'enfant, le trop grand empressement à le faire marcher, une fausse position donnée par la nourrice, la faiblesse des muscles de la partie antérieure de la jambe, l'effet d'une action volontaire, qui tourne le pied sur la pointe pour éviter un contact douloureux avec le sol, comme dans les érysypèles, les furoncles, les ulcères, etc., à la face plantaire, en sont autant de causes. Le même effet en résulte, si ces affections attaquent les muscles jumeaux et soléaire. M. le professeur Serre, dans les comptes-rendus de sa clinique, cite le cas d'un jeune homme du département du Nord, qui portait cette difformité ; elle était venue à la suite d'une blessure qu'il avait reçue au mollet. Il y a dans ce moment à l'hôpital St-Eloi un sujet qui la doit à un abcès qui s'est manifesté dans cette région.

(1) Brach. et Fouil. phys.

Une inflammation souvent répétée des muscles jumeaux et soléaire, ou de leur tendon, peut les faire contracter. Le rhumatisme peut amener le même résultat. Cette contracture peut encore dépendre de l'affection d'un nerf qui participe à un foyer inflammatoire.

Du défaut ou d'excès d'innervation peut résulter la même affection. La section d'un nerf ou de ses filets fait perdre à la partie à laquelle ils allaient se distribuer toute l'innervation, ou du moins en diminuer la quantité. De là, paralysie complète, ou faiblesse de certains muscles relativement à leurs antagonistes, et conséquemment puissance plus grande de ceux-ci. Mais si un muscle perd de sa force au fur et à mesure qu'il perd de son influx nerveux, il doit se faire aussi que plus il en recevra, plus il acquerra de puissance, et plus il devra l'emporter sur celui qui n'en reçoit que la dose ordinaire; c'est là ce qui se passe dans les convulsions. Personne n'ignore qu'elles ne puissent être isolées, qu'elles peuvent se fixer sur un seul membre et même sur un seul muscle. L'influence de cette cause est connue depuis long-temps: toutes les bonnes femmes savent très-bien que, lorsqu'un enfant a des convulsions dans le jeune âge, ou bien, comme elles le disent elles-mêmes, qu'il se livre à de nombreux mouvements dans le ventre de sa mère, il *reste estropié*. M. J. Guérin soutient cette opinion, et il l'appuie, ce nous semble, d'une preuve des plus convaincantes. Il cite le fait d'un jeune homme à qui il pratiqua la ténotomie pour un pied-bot. Le pied était revenu à son état normal; quelque temps après, ce sujet eût des convulsions, et la difformité reparut. Ne devrait-on pas attribuer le plus souvent à cette source la formation du pied équin congénital, au lieu d'avoir recours à un grand nombre d'hypothèses que rien ne prouve? M. Vidal de Cassis fait à ce sujet un rapprochement qui nous paraît très-juste avec ce qui se passe dans le torticolis. « Ainsi, dit-il pour cette affection, on l'observe quelquefois à droite, quand la paralysie est à gauche; alors la tête s'incline du côté du sterno-cleido-mastoïdien sain, parce que celui du côté opposé étant paralysé, ne peut maintenir l'équilibre. Dans ce dernier, l'équilibre a été rompu, parce qu'un antagoniste a été affaibli. C'était tantôt, parce qu'un antagoniste avait augmenté de puissance. » (1).

Les auteurs citent plusieurs cas dus à la puissance de l'habitude. On

(1) Vidal (de Cassis), *pathol. externe*.

ne peut nier cette puissance. Depuis long-temps, elle a été reconnue; et cette loi, sanctionnée par tous les siècles, que plus un organe est exercé plus il acquiert de force, *et vice versa*, trouve parfaitement ici son application. Nous ne chercherions pas long-temps des exemples de ce genre. Delpech, dans son traité d'orthomorphie, cite l'observation de deux sœurs qui se couchaient ensemble dans le même lit, chacune sur un côté différent, et qui devinrent difformes chacune du côté où elles se couchaient. Ce même auteur cite encore un cas de pied-équin, provenant de cette même source. Il opéra le sujet, et la réussite fut complète. (1) Nous ne nous appesantirons pas plus longuement sur cette cause; elle est trop manifeste. Cependant nous devons faire observer qu'on l'a invoquée souvent, alors que la difformité, surtout congénitale, ne tenait qu'à une affection de la moëlle épinière.

On lit encore assez généralement dans les auteurs, que le défaut d'intelligence peut produire la déviation qui nous occupe. Il est évident qu'on a pris un effet pour une cause. Les faits que, l'on donne à l'appui de cette assertion, sont très bien expliqués par les beaux travaux de M. le professeur Lallemand. On sait dans quelle dépendance est le cerveau par rapport à la moëlle épinière, dont il n'est que l'épanouissement. Or, il est incontestable que, le plus souvent dans tous ces cas, il y a eu lésion organique de la moëlle épinière; et dès-lors le cerveau a dû être arrêté dans son développement. Delpech cite plusieurs observations de ce genre. Elles viennent toutes à l'appui de ce que nous disons. Entr'autres, le fait suivant nous a paru des plus remarquables; il renferme en lui la vérité que nous voulons émettre. Ce célèbre chirurgien fût appelé à donner ses soins à une jeune fille de cinq ans; pendant le cours de sa première année, elle avait joui de toutes les apparences d'une bonne santé; après cette époque, elle fut prise de rachitis. Dès-lors les deux pieds furent déviés. A l'époque où le célèbre professeur vit la malade, (elle avait cinq ans) il trouva chez elle l'intelligence d'une fille d'un an; et une circonstance fort singulière, et que nous devons noter avec soin, c'est que la tête ou plutôt le crâne était d'un tiers

(1) Delpech, *lococitato*.

au-dessous des dimensions naturelles , et l'on voyait que les os qui s'étaient développés pour *un patron plus grand* , avaient éprouvés *une véritable inflexion en dedans*. (1)

Les réflexions qui suivent sont de la plus haute importance. De tout ceci, il résulte, dit cette auteur, que, si cet enfant avait éprouvé cette maladie avant la naissance, elle se serait passée dans l'utérus, et aurait manqué de ce renseignement important. La scène extérieure aurait été perdue, parce qu'elle aurait eu lieu pendant la vie intra-utérine, et le résultat seul serait resté, c'est-à-dire, la difformité; dès-lors, on n'aurait pas manqué d'avoir recours, pour l'explication, aux nombreuses hypothèses dont nous avons déjà parlé.

Nous ne ferons que mentionner l'irrégularité native des muscles. « C'est là, dit Delpech, une source de difformités curieuses, importantes et très peu connues encore. (2) Il cite plusieurs exemples dans lesquels, non seulement un membre, mais encore tout le côté du corps correspondant, était dévié par la rétraction des muscles. M. le professeur Dubrueil en a observé quelques-uns avec lui; et c'est là, en effet, l'expression de ce qui se passe souvent après la naissance. Cet auteur réclame le mérite d'avoir été le premier à signaler cette cause. Nous sommes loin de vouloir le lui contester; mais il nous paraît qu'il ne fait que nous indiquer une affection, et nullement ce qui lui a donné naissance.

IV.

Pronostic.

La difformité dont nous traitons, considérée dans son état de simplicité, est loin d'offrir des dangers; elle n'abrège ni les jours, ni ne trouble en rien la santé du sujet. Cependant elle ne laisse pas d'être très-incommode. N'empêche-t-elle pas en partie une fonction des plus indispensables? « On n'a peut-

(1) Delpech, orthomorphie.

(2) Delpech, loco citato.

Être pas assez réfléchi, nous dit Delpech d'une manière si originale et si vraie, au beau problème de la station du corps de l'homme, ou du moins il n'a pas excité l'étonnement et l'admiration qu'il mérite. L'érection d'un serpent qui s'élance avec force et précision, en prenant son point d'appui sur le sol par la plus exigüe de ses extrémités, n'a rien de plus étrange. » (1) Les mouvemens de locomotion ne sont-ils pas ceux à l'aide desquels notre corps se déplace, se transporte d'un lieu dans un autre, (2) fuit ou recherche l'approche des êtres qui l'environnent, les attire, les embrasse ou les repousse loin de lui? Celui qui est atteint de cette déviation est incapable de remplir un grand nombre de professions; presque inutile à lui-même, il l'est plus encore à l'état. Honneur soit donc rendu aux hommes qui ont trouvé une méthode de traitement avantageuse! M. Venel, dit d'Ivernois, donna ses soins à quatre frères qui étaient nés avec des pieds tordus. Cette infirmité s'accrut avec l'âge; ils étaient incapables de vaquer à la plupart des occupations de la vie civile, et de servir l'état. Par les soins de cet homme illustre, trois d'entr'eux purent figurer avec distinction dans les armées françaises, et le quatrième exercer une profession utile et laborieuse.

Combattu de bonne heure, le pied équin congénital cède assez facilement aux moyens mis en usage à cet effet. Pour l'accidentel, s'il ne mérite pas un pronostic aussi favorable, on doit bien se garder aussi de le regarder comme toujours fâcheux, à moins qu'il ne soit lié à une maladie grave, comme les scrophules, le rachitis.

Les chances de guérison diminuent à mesure que l'enfant avance en âge; nous en avons exposé les raisons au commencement de ce travail. Les muscles, long-temps inactifs, peuvent se transformer en tissu graisseux; le membre perd de sa longueur. Cette remarque n'avait point échappée au père de la médecine; et il nous dit lui-même, dans un passage au sujet des torsions congénitales: « *optimum igitur est ut talia quam celerrime curentur, prius quam admodum magnus carniun defectus circa tibiam contingat.* Il ne faudrait pas pourtant prendre ceci à la lettre, et tout ce qu'on a dit à cet égard est empreint de beaucoup d'exagération. Mais comment

(1) Delpech, ortomorphie.

(2) Richerand.

voulez-vous réussir , a-t-on prétendu , lorsque depuis si long-temps les surfaces articulaires ont perdu leur droit de domicile ! • Nous devons l'avouer , ce raisonnement est séduisant en théorie ; mais un grand nombre de faits prouve qu'il n'est pas toujours d'accord avec la pratique. Toutes choses égales d'ailleurs , on réussira mieux dans le pied équin accidentel , parce que tout a déjà été en rapport. Les guérisons obtenues par les auteurs chez des individus avancés en âge ne sont pas rares. M. D'Ivernois a guéri un jeune homme de dix-huit ans , et ce qui est encore plus remarquable , une demoiselle qui avait atteint sa vingt-quatrième année ; M. le professeur Serre , dans sa clinique , nous a parlé de plusieurs cas de ce genre ; et M. le docteur Thomas vient de publier , dans le journal des connaissances médicales-pratiques , et de pharmacologie , l'observation suivante. Elle est relative à M.^{elle} L. B. âgée de vingt-quatre ans , d'une bonne constitution , et atteinte d'un pied équin de naissance. Le talon était à trois centimètres du sol , le tarse et le métatarse formaient une ligne droite avec la jambe. Les métatarsiens étaient perpendiculaires au sol ; les orteils relevés vers le dos du pied. Les mouvemens de flexion et d'extension du pied sur la jambe étaient presque nuls.

Au mois de septembre 1837 , M. le docteur Thomas pratiqua la section du tendon d'Achille. L'appareil fut appliqué trois jours après l'opération , et à la fin du troisième mois , les mouvemens du pied sur la jambe recouvrèrent toute leur étendue , et les orteils reprirent leur position normale.

V.

Traitement.

Conserver et reparer est presque aussi beau que faire.

[VOLTAIRE].

Barthez disait , dans une circonstance solennelle : « les rapports qu'ont » les traitements des maladies internes et externes , démontrent la nécessité » d'une liaison intime entre la médecine et la chirurgie , liaison qui existait

» dans le siècle d'Hippocrate, et dont le renouvellement actuel nous donne
 » lieu d'espérer de grands succès ». (1). En se reportant sur notre paragraphe, *étiologie*, on concevra toute la vérité des paroles de ce grand médecin. On y verra que le pied équin, le plus souvent dépendant ou consécutif d'une maladie interne, ne peut être attaqué d'une manière directe par les moyens chirurgicaux. Si l'affection, dont il est la conséquence, existe encore, ce sera par les moyens internes les mieux appropriés qu'on commencera. Ainsi le traitement ne pourra pas toujours être le même ; il variera suivant les circonstances. S'il y a défaut d'équilibre entre les muscles antagonistes, l'emploi des toniques, de l'exercice même, sera indiqué avant tout ; s'il y a paralysie, tous les excitants d'une force reconnue, tels que la teinture de cantharides, l'électricité, etc., doivent être mis en usage. Contre l'atrophie, on emploiera un exercice bien dirigé, une alimentation soutenable, enfin, les moyens hygiéniques les plus convenables. On s'attachera surtout à prévenir les circonstances qui la produisent ou qui l'entretiennent ; et de là découle le précepte de remédier le plutôt possible à la difformité. L'état rhumatismal, inflammatoire des muscles sera traité par tous les moyens réclamés par ces états morbides. Si des spasmes, des convulsions, ont amené la contracture, la classe entière des anti-spasmodiques, les onctions laudanisées rendront de grands services. On fera bien d'employer des révulsifs, des exutoires même sur différents points de la colonne vertébrale, si on soupçonne qu'elle soit affectée.

On se tromperait étrangement, si on croyait que le rôle du médecin s'arrête toujours là. Des désappointements désespérans viendraient lui prouver qu'il n'a pas tenu compte de toutes les circonstances ; car, la plupart du temps, ces états morbides ne sont que les symptômes d'un état général de l'économie. Ce serait en vain qu'il s'adresserait à eux, s'il n'avait songé à combattre leur source. Le rôle du chirurgien commencera alors seulement que la difformité existera seule, alors que toute complication aura été détruite ; ce qui revient à dire ce qu'on a dit bien souvent, et qu'on ne saurait trop répéter : que la médecine et la chirurgie, toutes deux filles du même père, doivent constamment se donner la main, et être unies par des liens indissolubles.

Le pied équin peut-il guérir sans les secours de l'art ? Stolz et Richter en

étaient deux cas très-remarquables ; ce sont les seuls que possède la science. On les regardera comme de exceptions , et l'on se gardera d'en conclure qu'il faut livrer la difformité à elle-même. Au reste , les moyens qu'on met en usage , pour y remédier, offrent si peu de danger, que cette question ne mérite pas même une discussion sérieuse.

Nous n'ajouterons pas une plus grande importance à la question de savoir : si l'on doit respecter la difformité, quand elle est ancienne ; nous avons déjà émis notre opinion. Sans doute les chances de guérison diminueront , en raison de cette ancienneté ; les conséquences pourront en être telles, qu'il soit impossible d'y remédier ; mais l'homme de l'art , à moins que sa certitude ne soit complètement établie , se gardera de désespérer jamais de la réussite. Il se souviendra qu'il ne s'agit de rien moins que de rendre l'usage d'un membre presque perdu ; immense bienfait qu'il n'achètera qu'au prix de dangers jusqu'ici imaginaires. Cependant ceci lui sera un avertissement , et lui indiquera ce que nous avons exprimé dans un autre passage : qu'il faut combattre cette déviation le plutôt possible , soit après la naissance , quand elle est congénitale ; soit après son développement , quand elle est accidentelle.

Lorsque toute complication aura été détruite , lorsque la difformité existera seule, que restera-t-il à faire ? 1^o Ramener le pied à sa position normale ; 2^o l'y maintenir.

Pour arriver à ces résultats , les appareils employés ne furent pas toujours les mêmes. Hippocrate en donne le premier modèle. Après lui , Fabrice de Hilden inventa une machine qu'il appliqua , dit-on , heureusement. Mais les idées des anciens sur cette matière étaient trop inexactes , pour que leurs moyens ne dussent être évidemment vicieux. Typhaine et Verdier , trouvèrent aussi une méthode plus régulière ; mais ils gardèrent un profond silence , et elle est restée ignorée. Jachson , en Angleterre , publia plusieurs cas de guérison obtenus par sa méthode , tout en la cachant. Venel donna un nouvel appareil. La description qu'en fait Bruchner est fort obscure ; et M. d'Ivernois, au lieu de nous la décrire , s'est attaché à en démontrer l'utilité. On ignore les modifications qu'il a fait subir au procédé de cet orthopédiste. Celui de Scarpa, est fort compliqué. M. Lèveillé , son traducteur, en donne une des-

cription fort étendue. Le professeur Boyer ne s'explique pas sur son mérite: il se contente d'en proposer un plus simple. Delpech, enfin, en a proposé un; mais il ne fut pas long-temps à l'abandonner. Les formes de ces appareils sont extrêmement variées; ils se réduisent tous à être inflexibles ou élastiques. Dernièrement encore MM. Velpeau et Seutain, ont conseillé d'appliquer un bandage inamovible, au moyen de bandes et d'amidon; ainsi, disent-ils, il sera facile à tout chirurgien de remplacer les diverses machines préconisées. Pour plus de sûreté M. J. Guerin se sert du plâtre coulé. Ces auteurs possèdent plusieurs cas de guérison qu'ils ont obtenus par cette méthode.

Sans contester les avantages qu'on a pu retirer de tous ces divers moyens, nous pensons qu'ils doivent former une méthode de traitement tout-à-fait accessoire, et qu'on ne devra y recourir que lorsque toute autre sera impossible. Au reste, ils ne sont point sans inconvénients. On peut leur reprocher de n'allonger seulement que par des tractions mécaniques les fibres musculaires, et les cordons fibreux, et de n'ajouter en aucune manière, à leur substance. Dès que leur action cesse, les organes se retractent de nouveau; et déjà un grand nombre de récidives. Ils exercent de plus une forte compression, et peuvent ainsi produire des douleurs violentes, des excoriations et la mortification même des parties avec lesquelles ils sont en contact. Toutefois, le traitement est fort long, et ne peut que fatiguer la patience du sujet.

Delpech, pour qui rien de ce qui intéressait l'humanité ne fut jamais indifférent, s'aperçut bientôt de l'insuffisance des moyens mécaniques. Sa sollicitude en fut réveillée, et dès lors il chercha une méthode qui offrit moins d'inconvénients. Cependant pour être juste, nous dirons, avant tout, que la section du tendon d'Achille fut pratiquée pour la première fois par Minius, en 1685. Oubliée pendant plus d'un siècle, elle fut reproduite avec succès par Thilénus, en 1782, par Michaëlis de Marbourg, en 1810, et par Sartorius, en 1812. Ces faits étaient à peu près inconnus, quand l'illustre professeur de cette école, les tira de l'obscurité; et s'il n'a pas le mérite de l'avoir pratiquée le premier, on ne peut du moins lui contester celui, d'avoir érigé en méthode, et d'avoir soumis à des préceptes réguliers, une opération jusque là insolite. Les règles qu'il donne, l'expérience les a toutes, à peu de choses près consacrées: 1° On ne doit jamais dénuder un tendon, si on veut le couper;

2^o Pour éviter l'introduction de l'air , sa section ne doit pas être faite par une incision parallèle à la peau ; sans cette précaution, on encourrait le danger d'une exfoliation; 3^o immédiatement après la section, on doit mettre les bouts en contact , et les y maintenir tout le temps nécessaire à la réunion. Nous ne sommes point de ce dernier avis; nous aimons mieux , comme le pratique M. le professeur Serre , livrer le pied à l'action des muscles antérieurs de la jambe , et obtenir ainsi un certain écartement qui , quelquefois , suffit , et peut , à la rigueur , dispenser d'appliquer d'appareil. De cette manière on évite des tractions que l'on est obligé d'exercer sur la nouvelle substance , et qui pourraient , si elles étaient trop fortes , donner lieu à des phénomènes inflammatoires. Cette complication est trop grave, pour qu'on ne doive chercher à l'éviter avec le plus grand soin. Delpech ne borne pas là ses préceptes. Il recommande de ne pas laisser solidifier la substance fibreuse intermédiaire, afin qu'elle puisse être soumise à une extension graduée, et ménagée pour remplacer l'étendue qui manque au muscle court. Enfin , après que l'extension a été opérée , il indique de fixer les parties dans l'attitude où elles devront toujours rester , et de les y maintenir jusqu'à ce que la substance plastique ait obtenue tout le degré de solidité convenable.

Penser que Delpech ne fut conduit à ce nouveau moyen de thérapeutique que par le seul effet du hasard, serait une grande erreur. Une étude approfondie du pied équin, une observation attentive des faits de tous les jours, lui en donnèrent seules l'idée. Il savait , ce que personne n'ignore aujourd'hui , que la rupture et la section des tendons, et en particulier du tendon d'Achille, n'étaient ordinairement accompagnées d'aucun accident redoutable. (1) Il avait remarqué encore que dans tous les cas de rupture du tendon d'Achille , on n'avait jamais pu , malgré le traitement le plus méthodique, obtenir la réunion

(1) Nous avons entendu plusieurs fois rapporter à un élève en médecine un fait qui s'est passé dans son pays ; et dont il nous a garanti la vérité. Un paysan se blessa au mollet avec une faux , la plaie fut longue à cicatriser , et fut suivi de la formation d'un pied-équin. Ce malheureux quelque temps après fut frappé sur le pied affecté par une grosse pierre ; la peau , le tendon , tout fut déchiré. Forcé de garder le lit, la plaie se ferma d'elle-même , et au bout de quelque temps il put appuyer son pied sur le sol sans que l'on put reconnaître la moindre trace de déviation.

immédiate des deux bouts. En effet , l'on sent toujours après la réunion une espèce de bourrelet ; il reconnut la présence d'une substance qui s'entreposait entre les deux bouts pour les unir ; et ce qu'il avait observé dans les fractures pour la réunion des fragmens , il crut le reconnaître ici. Ce fût pour lui un trait de lumière , et cette interposition de substance qu'il avait tâché auparavant d'empêcher , et qui toujours lui avait résisté , il résolut de la faire servir à la guérison. Dès lors , il conçut la possibilité , en soumettant cette substance à une traction permanente et graduée , d'agir sur elle , et d'en obtenir une quantité suffisante. Cependant , tout ne finissait pas là. Les avantages calculés , il fallait aussi calculer les chances d'insuccès. La substance aurait-elle un degré assez considérable de ductilité ? aurait-elle la solidité convenable ? Delpech comprit très-bien la portée de ces deux objections ; il les réfléchit long temps ; mais enfin il se persuada que de pareilles craintes ne pouvaient compenser tout le bien qu'il allait faire à un si grand nombre de malheureux , et que d'ailleurs , s'il tentait une opération inutile , elle était du moins sans danger. Ce fut le 9 mai 1816 , qu'il la pratiqua pour la première fois. Nous ne parlerons pas de tout ce qu'il eut à souffrir d'invectives ; nous nous bornerons à dire avec M. le professeur Bouisson que maints auteurs Parisiens qui vantent le fait , se montrent irrévérends envers le professeur de Montpellier.

(1) Aujourd'hui cette opération est tout-à-fait entrée dans le domaine de la chirurgie , et peut en être regardée comme une de ses plus belles conquêtes. Elle a été pratiquée un grand nombre de fois , en France , par MM. Guérin , Duval , Bouvier , Scoutetten , Blandin , Velpeau , Serre etc. En Allemagne , par MM. Strohmeyer et Dieffenbach , etc.

Les procédés mis en usage pour la section du tendon d'Achille , ou ténotomy , ont varié. Chaque auteur en a employé un nouveau , ou a voulu y apporter quelques modifications. Avant d'en faire l'exposé , nous ferons une remarque sur le lieu où l'on doit inciser le tendon. Nous la devons à M. Scoutetten ; elle est de la plus haute importance.

Dans les déviations du pied , quand elles sont portées très loin , cet auteur a observé que les vaisseaux tibiaux postérieurs forment des flexuosités

(1) Thèse de concours pour la chaire de path. ext.

latérales et tibio-postérieures, qui en rendent la lésion d'autant plus facile qu'on agit plus haut. En conséquence, il désigne, comme le lieu le plus convenable, une ligne horizontale qui partirait du milieu de la malléole externe, point où le tendon fait une plus grande saillie, et qui permet d'éviter en avant et en haut les vaisseaux, et en bas la bourse synoviale de l'insertion calcaneenne. M. le professeur Serre, dans ses cliniques, nous a prémunis contre ces dangers; et il a ajouté que tout en les évitant, si on incisait trop haut, on risquait de tomber sur des fibres charnues, et que, si l'hémorrhagie qu'il s'en suivait, n'était pas à craindre pour les jours du malade, elle nuisait du moins beaucoup au succès de l'opération; si l'on incise trop bas, il nous a fait encore observer l'inconvénient d'avoir deux bouts inégaux. L'épanchement de la matière plastique se ferait alors d'une manière irrégulière.

Procédé de Delpech.

Le malade est couché sur le ventre, le tendon d'Achille tourné en haut vers l'opérateur; la jambe et le pied maintenus par un aide, le chirurgien enfonce à plat la lame d'un bistouri droit directement dans la couche celluleuse qui sépare le tendon de l'artère tibiale postérieure à la hauteur indiquée, et la fait ressortir du côté interne au côté externe, de manière à diviser la peau sur les deux côtés dans une étendue d'un pouce dans le sens de la longueur, et avec elle le tissu cellulaire en avant du tendon. Dans un second temps, on introduit dans la plaie un bistouri très convexe à son extrémité; on en relève le tranchant, et en le retirant on divise le tendon en totalité d'avant en arrière. On prend bien garde de ne pas intéresser la peau.

Procédé de Bouvier.

Il pique la peau avec une lancette du côté où le tendon fait le plus de saillie; puis il introduit par la plaie, et fait glisser sous la peau un petit couteau droit à pointe mousse, nommé ténotome, avec lequel il divise le tendon de la superficie vers la profondeur.

M. Velpeau a modifié ce dernier procédé. Pour éviter de léser la peau, il commence de l'isoler en la saisissant avec les doigts de la main gauche; il la met ainsi en arrière du trajet de l'instrument, et pique entre elle et le tendon. Dès que, par un mouvement de pression la section est faite, l'instrument est retiré par la même ouverture, sans avoir pratiqué une autre plaie de la peau en regard.

Procédé de Strohmeyer.

Le malade est couché sur une table, la face interne du membre tournée vers l'opérateur. Le pied est fixé par des aides, et l'articulation tibio-tarsienne fléchie autant que possible pour tendre le tendon d'Achille. Alors le chirurgien, armé d'un bistouri étroit à fistule, et à tranchant convexe, en enfonce la pointe très aiguë à deux ou trois pouces du calcaneum; à peine est-elle arrivée du côté opposé à travers la peau, qu'on retire l'instrument suivant une ligne courbe en haut, et on achève, mais sans toucher à la peau, la section du tendon, en revenant suivant le premier trajet parcouru.

M. Duval procède de la même manière, et emploie le même instrument; seulement il ne fait qu'une seule piqûre à la peau. Nous pensons que cette modification est d'une haute importance. La peau ne se trouvant lésée que par une seule piqûre, l'on doit obtenir par cela même une guérison plus prompte.

Le procédé qu'emploie M. le professeur Serre, est à peu près le même que celui de M. Strohmeyer modifié par M. Duval. Cependant, il en diffère sous quelques rapports. M. Serre enfonce un bistouri sous le tendon, en l'attaquant du côté interne jusqu'à ce que l'on sente la pointe du côté opposé. Il introduit ensuite sur ce premier un second bistouri boutonné, et divise le tendon de l'intérieur à l'extérieur.

M. le professeur Serre a été amené, par de nombreuses expériences faites sur le cadavre, à attaquer le tendon par son bord interne; il s'est assuré qu'en ne procédant pas de cette manière, il arrivait souvent de ne pas inciser celui du plantaire grêle. Au lieu de faire la section en pressant, il la fait en sciant. Il est ainsi moins exposé à la rupture de l'instrument; ce serait toujours une complication des plus graves.

Nous avons vu, pour notre part, mettre quatre fois ce dernier procédé en

usage. Il nous a paru d'une si grande simplicité , que nous n'hésiterions pas à le préférer à tous les autres. Qu'on ne croie pas cependant qu'ils ne puissent tous réussir. Les nombreux succès qu'ils ont fait obtenir en sont une preuve plus que suffisante. Toutefois le chirurgien sera averti que la section est complète par un bruit de craquement si remarquable , qu'il est impossible de ne pas l'entendre.

Tout ne finit pas à la section du tendon d'Achille ; il faut encore , pour obtenir une cure radicale, placer le pied dans un appareil mécanique , qui le force graduellement à former avec la jambe un angle droit. Delpech , Duval, l'appliquent immédiatement après l'opération. M. Serre, au contraire, ne l'applique qu'après trois ou quatre jours , alors que la période inflammatoire qu'on avait à craindre est passée. Cependant , si on obtenait un degré trop faible d'écartement des deux bouts , on devrait l'appliquer de meilleure heure. Si le sujet se plaignait de vives douleurs, il faudrait le relâcher ; car, comme l'a dit un auteur célèbre , la douleur est la mère de l'inflammation. On le laissera en place de trente à quarante jours ; ordinairement après cette époque , la matière plastique épanchée a acquise toute sa consistance.

L'opération que nous venons de décrire est en général peu grave. Cependant , quelques auteurs encore ne la regardent pas comme telle ; on conçoit en effet , qu'on pourrait avoir une hémorrhagie des deux saphènes, qu'il serait possible de léser l'artère tibiale postérieure , et d'ouvrir la bourse synoviale du calcanéum. Il peut se développer consécutivement une inflammation vive, qui entraîne une suppuration abondante, et rend tout succès impossible. On prévient tous ces accidents par les précautions que nous avons indiquées ; et puis , si une opération , parce qu'elle peut devenir dangereuse , doit être bannie du domaine de la chirurgie , qu'elle est celle , même la plus légère , qu'on devrait pratiquer ?

On a dit encore qu'on courait le risque de ne pas obtenir la réunion des deux bouts ; et que lors même qu'on aurait une cicatrice , celle-ci devrait nécessairement se rétracter ; ce qui exposait le malade à voir reparaître tous les jours sa difformité.

Nous répondrons d'abord qu'on n'a jamais vu les deux bouts d'un tendon se réunir , et que , tout en accordant que cela soit arrivé , ce ne serait pas

un accident très grave. Le malade appuyerait très bien son pied sur le sol, et il serait facile de remédier à l'action des muscles avec le secours d'un appareil convenable.

Quant au retrait de la cicatrice, nous ferons observer, qu'on est parti d'une idée théorique, que l'expérience dément tout les jours. La réunion dans ce cas ne se fait pas au moyen d'une substance inodulaire, comme dans la plaie extérieure et soumise à des suppurations abondantes. Elle se fait hors de l'influence de cette inflammation suppurative par le seul épanchement d'une matière plastique. On pourrait tout au plus y reconnaître un léger degré d'inflammation, que Hunter désigne sous le nom d'inflammation adhésive.

Au reste, si tout ce que nous venons de dire ne suffisait pas pour convaincre, si nous avons omis quelques autres reproches, nous répondrions péremptoirement par les faits. Sans parler de nombreux succès qu'a fait obtenir cette opération à la médecine vétérinaire, M. Duval, à lui seul, depuis 1835, l'a pratiquée 250 fois. MM. Strohmeyer, Bouvier, Scoutetten, J. Guerin, Serre, Blandin, etc, en ont fait un grand nombre; nous même nous l'avons vue quatre fois; et jamais aucun accident, de quelque nature que ce soit, n'a été observé.

Appuyés par l'autorité de faits aujourd'hui incontestables, nous dirons en nous résumant: que l'orthopédie, grâce à Delpech, s'est enrichie d'un puissant moyen pour le traitement du pied équin; que la section du tendon d'Achille, toutes les fois qu'elle est praticable, doit être préférée à tous les moyens mécaniques; qu'elle en a tous les avantages, sans en partager les inconvénients. Enfin elle possède à nos yeux un titre assez honorable pour ne pas l'oublier. Elle fait partie de cette chirurgie restauratrice, que M. Serre n'a pas eu de la peine à nous faire aimer. « autant, dit-il, je suis partisan de cette chirurgie qui apprend non pas à détruire, mais à
« conserver les parties malades, et à les rendre peu à peu à leurs formes et à leurs
« usages primitifs; autant je suis ennemi de celle qui ne vit que de sang
« et de douleur, et ne compte ses succès que par le nombre de sujets
« qu'elle a mutilés, et par l'énormité des sacrifices qu'elle s'est crue obligée
« de faire. (1)

(1) Compte rendu de ses clin. chir. 1837.

QUESTIONS

TIRÉES AU SORT.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Des principaux Appareils de Chauffage employés dans nos demeures, de leurs avantages et de leurs inconvénients relatifs.

Les principaux appareils de chauffage, le plus communément employés dans nos demeures, sont la cheminée, le poêle et le brasier. Le premier a sans doute l'avantage incontestable de laisser renouveler l'air de l'appartement, mais en revanche, entr'autre inconvénient, il a celui de n'échauffer qu'une seule partie du corps, tandis que l'autre reste exposée à une basse température. Le poêle est de beaucoup préférable sous ce dernier rapport; mais s'il élève la température à un même degré, il prive bientôt l'air de toute son humidité. Nous ferons le même reproche aux brasiers. On pourra y remédier en partie en arrosant, ou en ayant un vase plein de liquide. Nous croyons donc que les calorifères, employés jusqu'ici seulement dans nos grands établissements, devraient être préférés pour le chauffage domestique. L'économie y serait du moins très grande; car, il résulte des observations des auteurs qu'une

cheminée laisse perdre les $\frac{439}{500}$ de chaleur dégagée ; et les poëles qui en sont très productifs , en laissent perdre encore $\frac{1}{80}$ de la quantité que pourrait produire le combustible. Les calorifères, au contraire , s'ils ont certains degrés de perfection , en laissent perdre beaucoup moins. Parmi ceux-ci , ceux à eau et à vapeur offrent les plus grands avantages ; s'ils ne donnent point une température très-élevée, ils ne produisent point la sécheresse de l'air , et fournissent une chaleur douce , continue et uniforme.

SCIENCE ACCESSOIRE

Les principaux appareils de chauffage employés dans nos demeures, sont la cheminée, le poêle et le brasier. Le premier a sans doute l'avantage incontestable d'être le plus économique, mais il a aussi ses inconvénients. Il a celui de déchauffer, par sa seule partie supérieure, tandis que l'autre reste exposée à une basse température. Le poêle est de beaucoup préférable sous ce rapport, mais il élève la température à un même degré, et il chauffe bien, de toute son étendue. Il nous laisse de même respirer, car il chauffe par sa partie inférieure, et on évite ainsi la chaleur sèche que produit le brasier. Les calorifères employés jusqu'ici, sont de deux espèces, à eau et à vapeur. Ils ont l'avantage de ne point déchauffer, et de fournir une chaleur douce et continue. Ils ont aussi l'avantage de ne point produire la sécheresse de l'air, et de fournir une chaleur douce, continue et uniforme.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

De l'aspect que présentent le Foie, la Rate, les Reins, les Capsules surrénales et la Vessie chez les Nouveaux-Nés.

Le foie forme à lui seul, à la naissance, la dix-huitième partie du poids du corps, il diminue ensuite; car, quelques années après, il n'en forme que la dixième partie. Il occupe chez le nouveau né, une grande partie de l'abdomen, et a avec ses parois des rapports immédiats assez étendus. Aussi voit-on alors fréquemment des ruptures de cet organe. M. Cruveilhier a vu un cas de ce genre qu'il attribue à la pression des parties génitales de la mère. La couleur du foie qui est d'un brun foncé dans les derniers temps de la vie intra-utérine, devient moins prononcée après la naissance; il est alors aussi moins gorgé de sang. Ceci tient, sans doute, à l'oblitération de la veine ombilicale. Sa consistance est peu considérable; si on l'incise, on commence à distinguer les deux espèces de granulations; il y en a de brunes et de jaunâtres.

La rate augmente, au contraire, de volume jusqu'à la naissance, et à cette époque elle a tous les caractères qu'elle aura dans la suite. Son volume, son poids, sa couleur, sa position, sa forme, etc., n'offrent rien de particulier.

Les reins conservent encore à la naissance la disposition lobuleuse; ils sont labourés par plusieurs sillons qui ne disparaissent que vers l'âge de dix ans, à moins qu'un état de maladie ne maintienne cet état; ils sont à cette époque, toujours plus gros que dans l'adolescence.

Les capsules surrénales sont revêtues d'une membrane fibreuse, analogue à celle des reins, leur volume est toujours en raison inverse de celui de ces

derniers organes ; dans les premiers mois de la conception , ils surpassent les reins en poids et en volume. Cette prédominance va toujours en diminuant , et à la naissance , les reins sont trois fois plus volumineux.

La vessie chez le nouveau né se fait remarquer par la prédominance de son diamètre vertical sur son diamètre transverse ; elle est presque au-dehors de la cavité du bassin , et a avec les parois abdominales des rapports très étendus et très importants à connaître en chirurgie. On s'explique facilement cette position , par l'étréitesse du bassin à cette époque de la vie ; à mesure que l'enfant avance en âge , la vessie s'enfonce derrière le pubis.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des Polypes. La division des Polypes en plusieurs espèces, est-elle utile en Pratique ?

Quels sont les Caractères et la Marche des Polypes vésiculeux ?

Les polypes sont des tumeurs qui prennent naissance dans une cavité tapissée par une membrane muqueuse ; c'est là leur caractère essentiel ; ils font tantôt partie de la membrane muqueuse , et tantôt ils en sont en dehors et la déplacent en la refoulant. On en distingue de trois espèces : 1^o les polypes muqueux ou vésiculeux ; 2^o les polypes charnus , 3^o les polypes fibreux. Cette division est de la plus haute importance en pratique ; car selon qu'on aura à faire à telle ou telle autre espèce , le pronostic et le traitement varieront. Les polypes vésiculeux sont de tous les moins dangereux. On peut chercher à les extraire à plusieurs reprises ; tant qu'ils ne changent point de nature , ils ne s'enflamment point , et ne subissent aucune dégénérescence. Pott donne le précepte de les opérer sans crainte. On les connaît aux caractères suivans : leur pédicule ordinairement unique se ramifie dans la tumeur ; leur forme n'est point déterminée ; ils s'accomodent à celle de la cavité où ils ont leur siège. On sent à leur extérieur des bosselures peu prononcées. Si on les incise , on trouve à leur intérieur un tissu mou , lâche , divisé en plusieurs cellules qui contiennent un liquide jaunâtre. Ils augmentent ordinairement de volume sous l'influence d'un air humide , et en diminuent sous celle d'un air sec. Ils jouissent d'une certaine élasticité qui est due au liquide qu'ils contiennent. Ils sont le plus souvent d'une couleur jaunâtre , et quelques fois grise. Quelques vaisseaux sanguins se ramifient à leur surface : rarement ils sont considérables. On n'a jamais trouvé de filet nerveux à leur superficie ou à leur intérieur ; et c'est là ce qui explique leur peu de sensibilité. Ils sont toujours implantés sur la mem-

brane muqueuse. M. Blandin a observé que, lorsqu'ils siégeaient dans les fosses nasales, et c'est dans cet endroit où on les trouve le plus fréquemment, ils paraissent spécialement à la partie antérieure de cette région, tandis que les fibreux se forment spécialement en arrière, et les charnus végètent indistinctement sur tous les points. On a dit pendant long-temps qu'ils se reproduisaient avec une grande facilité. C'est une inexactitude. On ne courra pas ce risque, si on enlève la totalité du mal, et surtout si, lorsqu'il y en a plusieurs, on les excise tous avec soin.

La marche des polypes vésiculeux est très obscure dans le commencement; rien ne peut donner la certitude de leur présence, et l'on peut dire qu'en général, ils présentent dans leur marche deux périodes; la première pendant laquelle ils sont latents; et la seconde dans laquelle ils se manifestent d'une manière non équivoque. Parvenus à cette époque ils gênent plus ou moins les fonctions de l'organe au sein duquel ils sont implantés; ils sont susceptibles d'acquérir un très grand volume. Ils se font jour à travers les ouvertures naturelles, ou dilatent les parois qui les renferment, et peuvent même les détruire. Boyer a vu un polype vésiculeux des fosses nasales si considérable, qu'il avait passé dans l'orbite à travers la fente sphéno-maxillaire, et dans le crâne à travers la fente sphénoïdale, en désarticulant presque tous les os de la face.

SCIENCES MÉDICALES.

De l'état sporadique, endémique ou épidémique de la Maladie sous le point de vue du Pronostic.

En général, le pronostic varie suivant que la maladie est à l'état sporadique, endémique ou épidémique. La maladie sporadique sera de toutes, la moins dangereuse ; car il est incontestable que plus les causes générales, qui exercent une influence fâcheuse sur l'économie, persistent, plus elles donnent à la maladie un cachet de gravité, et *vice versa*. Il nous est facile de donner des exemples à l'appui de cette proposition. Une fièvre intermittente à l'état sporadique offre peu de dangers ; elle prend, à l'état épidémique, le caractère pernicieux. Une dysenterie, qui est peu grave à l'état sporadique, sera meurtrière à l'état épidémique. Ce génie particulier de l'épidémie est connu depuis bien long-temps. La nature de la maladie est toujours la même ; mais la gravité est plus grande. L'état endémique, quoique moins dangereux, le sera toujours plus que l'état sporadique ; nous en trouvons la raison dans la persistance des causes. Le pronostic variera cependant, suivant un grand nombre de circonstances. Les fièvres intermittentes printanières sont bien moins graves que les automnales.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Professeurs.

MM. CAIZERGUES, DOYEN.	<i>Clinique médicale.</i>
BROUSSONNET.	<i>Clinique médicale.</i>
LORDAT.	<i>Physiologie.</i>
DELILE, <i>Examineur.</i>	<i>Botanique.</i>
LALLEMAND, <i>Suppléant.</i>	<i>Clinique chirurgicale.</i>
DUPORTAL.	<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>
DUBRUEIL.	<i>Anatomie.</i>
DELMAS.	<i>Accouchements.</i>
GOLFIN.	<i>Thérapeutique et Matière médicale.</i>
RIBES.	<i>Hygiène.</i>
RECH.	<i>Pathologie médicale.</i>
SERRE.	<i>Clinique chirurgicale.</i>
BÉRARD.	<i>Chimie générale et Toxicologie.</i>
RENÉ.	<i>Médecine légale.</i>
RISUENO D'AMADOR.	<i>Pathologie et Thérapeutique générales.</i>
ESTOR.	<i>Opérations et Appareil.</i>
BOUISSON, PRÉSIDENT.	<i>Pathologie externe.</i>

Professeur honoraire : M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

Agrégés en Exercice.

MM. VIGUIER.	MM. JAUMES.
BATIGNE.	POUJOL.
BERTRAND.	TRINQUIER.
BERTIN.	LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
DELMAS FILS, <i>Examineur.</i>	FRANC.
VAILHÉ, <i>Suppléant.</i>	JALLAGUIER.
BROUSSONNET FILS.	BORIES.
TOUCHY, <i>Examineur.</i>	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni