Traité des opérations de chirurgie, avec les figures & la description des instrumens qu'on y employe; et une introduction sur la nature & le traitement des plaies, des abscès, & des ulcères / Traduit en françois sur la troisième édition angloise ... Par A.F. Jault.

Contributors

Sharp, Samuel, 1700?-1778
Jault, Auguste François, 1700-1757

Publication/Creation

Paris : Hippolyte-Louis Guerin & J. Guerin, 1741.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/ux4u546m

License and attribution

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

47976/A
H.X.
18/5

TRAITÉ
DES
OPÉRATIONS
DE
CHIRURGIE.

TRAITÉ
DES
OPERATIONS
DE
CHIRURGIE.

TRAITÉ
DES
OPÉRATIONS
DE
CHIRURGIE.

40 711

TRAITÉ DES OPERATIONS DE CHIRURGIE,

Avec les Figures & la Deſcription des Inſtrumens qu'on y employe ; & une INTRODUCTION ſur la nature & le traitement des Plaies, des Abſcès, & des Ulcéres.

Traduit en François ſur la troiſiéme Edition Angloiſe de M. SHARP, *Chirurgien de l'Hôpital de* Guy *à Londres.*

Par A. F. JAULT, *Docteur en Médecine.*

A PARIS,

Chez HIPPOLYTE-LOUIS GUERIN, Libraire, & JACQUES GUERIN, Libraire-Imprimeur, Rue S. Jacques, vis-à-vis les Mathurins, à S. Thomas d'Aquin.

M. DCC. XLI.

Avec Approbation & Privilége du Roi.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

AVERTISSEMENT

DU TRADUCTEUR.

LE Traité des Opérations de Chirurgie de Monſieur *Sharp* ayant été généralement eſtimé en Angleterre, & ayant eu un ſi grand débit, qu'il s'en eſt fait en très-peu de tems trois éditions ; on a cru que ce ſeroit rendre ſervice à la Chirurgie Françoiſe, & en même-tems au public, de le traduire en notre Langue, afin que nous puſſions profiter des richeſſes de nos voiſins par la même

voye qu'ils ont ſçû profiter des nôtres.

La Chirurgie n'eſt pas moins cultivée en Angleterre que la Médecine ; & l'Auteur de ce Traité, quoique peu avancé en âge, s'eſt déja acquis dans ſon Art une réputation qui ſeroit capable de ſatisfaire l'ambition d'un ancien Maître. Il a été diſciple du fameux *Cheſelden*; & il eſt venu auſſi, comme tant d'autres Etrangers, prendre des leçons dans l'Ecole de Paris.

La netteté & la préciſion regnent dans ſon ouvrage. L'Introduction ſur le trai-

tement des Plaies, des Abſcès & des Ulcéres, me paroît un morceau curieux & intéreſſant. L'Opération de la Taille ſuivant l'Appareil Lateral eſt décrite d'une maniere qui plaira ſans doute à ceux qui font de cette Opération le cas qu'elle mérite. La deſcription de l'Oeil, & ſur-tout du Ligament Ciliaire, eſt remarquable.

L'Auteur combat en quelques endroits des pratiques communément reçûes, & particulierement au ſujet des membres gangrénés, dont il ne veut pas que l'on

faſſe l'extirpation, juſqu'à ce que la gangrêne ſoit entiérement arrêtée. Il dit là-deſſus des choſes qui paroîtront intereſſantes. Cela n'eſt point nouveau pour les Chirurgiens de Paris, dont pluſieurs ont adopté depuis long-tems cette doctrine. Je laiſſe à décider de la valeur de ſes raiſons à ces grands Maîtres de l'art, qui exemts de toute prévention, jugent des choſes ſelon leur véritable valeur, & ne condamnent pas une méthode, parce qu'elle eſt nouvelle, ou parce qu'ils ne l'ont jamais

miſe en uſage.

Le champ des découvertes eſt vaſte dans les Sciences & dans les Arts ; & il ne l'eſt pas moins en Chirurgie qu'ailleurs. Ainſi comme la bonté d'une pratique ne vient pas préciſément de ce qu'elle eſt marquée au ſceau de l'antiquité ; ſa nouveauté ne doit pas non plus être pour elle un caractere de réprobation.

Il ſeroit inutile de vouloir perſuader ici, qu'on a employé tous ſes ſoins pour donner à cette Traduction les qualités qu'elle doit

avoir. Ce que je dirai ſimplement, c'eſt que j'oſe préſumer que du moins elle eſt fidelle; puiſqu'elle a été examinée attentivement & approuvée par l'auteur Anglois, qui poſſede très-bien notre Langue.

On eſpere que le public ſera content des figures qui accompagnent la deſcription des inſtrumens. On n'a rien oublié pour les rendre parfaites.

PREFACE DE L'AUTEUR.

COMME la pratique des Opérations de Chirurgie a été extrêmement perfectionnée en Angleterre depuis quelques années, & que cependant il n'y a ſur ce ſujet aucun Traité conſidérable écrit en notre Langue, je ne crois pas avoir grand beſoin de faire l'apologie de mon entrepriſe. Nous avons, à la vérité, quelques Traductions d'Ouvrages compoſés par des Etrangers; mais outre qu'ils perdent beaucoup de leur mérite, en ce que leurs Auteurs ignoroient les progrès que la Chirurgie a faits parmi nous; la deſcription qu'ils donnent de chaque

opération, eſt remplie de tant de minuties, & en général ſi peu agréable, que quand on n'ajoûteroit rien de nouveau à ce qu'ils ont dit, ou qu'on ne rejetteroit aucune de leurs fauſſes idées; il ſuffit de pouvoir ſeulement traiter la même matiére d'une façon plus ſuccinte & plus intelligible, pour être raiſonnablement fondé à l'entreprendre.

En décrivant les maladies je n'ai fait mention que de leurs ſignes évidens & diſtinctifs, & je ne me ſuis pas hazardé une ſeule fois de vouloir deviner le vice particulier de l'Oeconomie animale, d'où elles proviennent immédiatement. En effet l'incertitude de nos conjectures dans une matiére auſſi embarraſſée, & le peu d'utilité que ces ſortes de ſpéculations

peuvent procurer à la Chirurgie, m'ont abſolument detourné de m'attacher en aucune façon à une pareille Theorie. Et puiſque juſqu'à préſent les meilleurs eſprits n'ont rendu aucun ſervice conſidérable à la pratique de la Chirurgie par le ſecours des Hypotheſes, & que même, pour la plûpart, ils ont éloigné les jeunes Chirurgiens de l'étude des Symptomes & de la cure des Maladies, pour les jetter dans de vains raiſonnemens, & dans un certain ſtile de converſation, qui a décrédité notre Art parmi les gens ſenſés; j'eſpere qu'on ne blâmera pas mon ſilence ſur cet article.

J'ai fait tous mes efforts pour rendre ce Traité court. De là vient que je n'ai donné aucune hiſtoire de Maladies; ſi ce n'eſt

lorſque la ſingularité des maximes que j'ai établies, demandoit qu'elles fuſſent éclaircies par des Faits; & alors même j'ai rapporté ces hiſtoires le plus briévement qu'il m'a été poſſible. C'eſt pour cela auſſi que je ne me ſuis pas amuſé, ce me ſemble, à condamner aucune pratique déja décriée; & ſi la choſe paroît autrement aux habiles gens de Londres, je les prie de vouloir bien s'en rapporter aux Livres de Chirurgie, qui ſont maintenant les plus eſtimés en Europe, & ſur leſquels j'ai preſque toujours eu les yeux, dans la critique que j'ai faite de pluſieurs opinions généralement reçûes.

C'eſt la coutume de preſque tous les Auteurs, de décrire au long les différens bandages qui conviennent

conviennent après chaque Opération. Mais comme la maniere de les appliquer ne peut gueres s'apprendre par une ſimple deſcription, & que quand cela ſeroit, il y a fort peu de choſe à dire ſur ce ſujet, à moins que de vouloir copier les autres; je me ſuis abſtenu de ſuivre l'exemple de ces Auteurs: quoique, à dire vrai, l'intention que l'on a en employant un Bandage, étant principalement de maintenir dans une ſituation convenable l'appareil du panſement, ou de faire une compreſſion ſur certains endroits particuliers; les Chirurgiens, en tournant leur Bande avec ces vûes, n'ont jamais d'autre guide que leur prudence & leur adreſſe, ſans s'embarraſſer de ces regles exactes que l'on donne dans les deſcrip-

tions de Bandages ; regles qu'il eſt preſque impoſſible de retenir dans ſa mémoire, à moins que de les mettre continuellement en pratique : auſſi voyons-nous qu'on n'y fait pas beaucoup d'attention.

Dans la premiere Edition de ce Traité, *pag.* 99. j'ai dit, que l'hémorrhagie, dont l'Opération Laterale eſt quelquefois ſuivie, avoit paru une difficulté ſi conſidérable, que pour cela ſeul cette Opération avoit été ſupprimée dans les Hôpitaux de France par un Edit du Roi. J'ai appris depuis, que je m'étois trompé en cela, & que l'Opération Laterale avoit été ſeulement défendue *à la Charité* par Monſieur *Maréchal*, premier Chirurgien du Roi, & Inſpecteur de la Pratique de Chirur-

gie de cet Hôpital. Maintenant quelles furent les raiſons qui le porterent à y défendre cette méthode, après qu'elle eut été pratiquée durant toute une ſaiſon avec ſuccès; c'eſt ce que je n'entreprendrai pas de décider.

TABLE
DES CHAPITRES.

INTRODUCTION
Sur la nature & le traitement des Plaies, des Aſcès, & des Ulcéres.

CHAP. I. *DEs Plaies*, page 1
II. *De l'Inflammation & des Abſcès*, 11
III. *Des Ulcéres*, 41

TRAITE'

Des Opérations de Chirurgie.

CHAP. I. *DEs Sutures*, pag. 79
II. *De la Suture des Tendons*, 85
III. *De la Gastroraphie*, 90
IV. *Du Bubonocele*, 94
V. *De l'Epiplocele*, 114
VI. *De la Hernie Crurale*, 116
VII. *De l'Exomphale*, 117
VIII. *De la Hernie Ventrale*, 120
IX. *De l'Hydrocele*, 123
X. *De la Castration*, 144
XI. *Du Phimosis*, 153
XII. *Du Paraphimosis*, 155
XIII. *De la Paracentese, ou Ponction du Ventre*, 158
XIV. *De la Fistule à l'Anus*, 170
XV. *De la Ponction du Périnée*, 180

XVI. *De la Pierre*, 183
XVII. *De la Maniere de Sonder*, 194
XVIII. *Du Petit Appareil, ou de l'Inciſion ſur la Pierre*, 199
XIX. *Du Grand Appareil, ou de l'Ancienne façon de Tailler*, 202
XX. *Du Haut Appareil*, 206
XXI. *De l'Opération Latérale*, 211
XXII. *De la Pierre dans l'Uréthre*, 232
XXIII. *De l'Extraction de la Pierre dans les Femmes*, 234
XXIV. *De l'Empyeme*, 243
XXV. *Des Tumeurs Enkiſtées*, 256
XXVI. *De l'Extirpation de la Mammelle Carcinomateuſe & Skirreuſe*, 261
XXVII. *De l'Operation du Trépan*, 268
XXVIII. *De la Cataracte*, 299
XXIX. *De l'Inciſion de l'Iris*, 313

DES CHAPITRES.

XXX. *De la Fiſtule Lacrymale*, 321
XXXI. *De la Bronchotomie*, 340
XXXII. *De l'Extirpation des Amygdales*, 345
XXXIII. *Du Polype*, 351
XXXIV. *Du Bec de Lievre*, 357
XXXV. *Du Cou de travers, ou Torticolis*, 361
XXXVI. *De l'Operation de l'Aneuriſme*, 364
XXXVII. *De l'Amputation*, 374

TRAITÉ

TRAITÉ DES OPÉRATIONS DE CHIRURGIE.

INTRODUCTION:

Sur la Nature & le Traitement des Plaies, des Abſcès & des Ulceres.

CHAPITRE I.

Des Plaies.

POUR bien entendre la nature & le traitement des Plaies, parmi les divers accidens auſquels elles ſont ſujettes, il eſt à propos de ſçavoir

premiérement les Phénomenes qui arrivent durant la guériſon d'une grande Plaie, lorſqu'elle a été faite par un inſtrument tranchant, & que le tempérament du malade eſt bon.

Dans cet état les vaiſſeaux ſanguins, auſſitôt qu'ils ſont ouverts, ſaignent abondamment, & continuent ainſi, juſqu'à ce qu'ils ſoient refermés, ſoit par le ſecours de l'Art; ſoit parce qu'au bout d'un certain tems, ſe contractant & ſe retirant d'eux-mêmes au-dedans de la Plaie, leurs extrémités ſe bouchent par des caillots de ſang.

L'Hémorrhagie étant arrêtée, la premiere choſe qui arrive enſuite, c'eſt que dans l'eſpace d'environ vingt-quatre heures la Plaie rend une humeur claire & ſéreuſe, qui augmente un jour ou deux après, mais qui eſt alors un peu épaiſſe & de mauvaiſe odeur. Cette matiére continue à couler pendant deux ou trois jours ſans aucune altération conſidérable; après quoi elle devient plus épaiſſe & moins puante; & lorſque le fond de la Plaie ſe rem-

plit de petits grains de chair, elle coule en moindre quantité, & va toujours ainſi en diminuant, juſqu'à ce que la Plaie ſoit entiérement fermée.

Le premier état de la guériſon, c'eſt-à-dire, lorſque la matiére coule, eſt appellé par les Chirurgiens *Digeſtion* ou *Suppuration* : Le ſecond, qui eſt celui où la Plaie ſe remplit de chair, eſt appellé *Incarnation* : Le dernier, qui eſt celui où elle ſe ferme, *Cicatriſation*. Ce ſont là les termes d'Art les plus en uſage, & ils ſuffiſent pleinement pour décrire l'état des Plaies, ſans s'embarraſſer des autres ſou-diviſions qui ſe voyent ordinairement dans les Livres.

Il eſt remarquable que la perte d'une partie du corps ne ſçauroit être réparée que par les Fluides qui ſont propres à cette partie. Et comme dans un os caſſé, le Calus eſt produit par les extrémités de la fracture, ainſi dans une Plaie la Cicatrice vient uniquement de la circonférence de la peau. C'eſt pour cette raiſon, qu'il eſt néceſſaire de maintenir la ſurface

de la Plaie unie, ſoit par la compreſſion, ſoit par des remedes rongeans, afin que l'élévation des chairs ne réſiſte pas aux fibres de la peau, qui tendent à recouvrir la Plaie. Cette élévation eſt compoſée de petits points ou grains charnus, qu'on nomme *chair fongueuſe* ou *baveuſe*, & qu'on regarde ſouvent comme une mauvaiſe choſe, quoique réellement elle accompagne toujours les Plaies qui tendent à guériſon. Car quand elles ſont unies, & n'ont pas de diſpoſition à pouſſer des chairs au-deſſus de leurs lévres, elles guériſſent lentement, & il eſt très-difficile de les amener à cicatrice.

Ainſi puiſque la chair fongueuſe n'empêche la guériſon qu'à cauſe de ſa trop grande abondance, & que toutes les Plaies ſe cicatriſent par leur circonférence, on ne doit pas détruire cette chair fongueuſe, chaque fois qu'elle s'éleve, mais ſeulement ſes bords, près des extrémités de la peau; ce qui peut s'executer par de doux eſcarotiques, tels que la charpie trempée dans une légere diſſolution de

Vitriol, ou le plus ſouvent par l'uſage ſeul de la charpie ſéche, & un bandage ferme : ce qui ſuffira pour réduire au niveau la chair fongueuſe, ſi on l'applique avant qu'elle ait acquis trop d'accroiſſement.

Dans les grandes Plaies il eſt inutile d'appliquer les remedes corroſifs ſur toute leur ſurface, parce que la chair fongueuſe ne s'éleve qu'à une certaine hauteur, lorſqu'elle eſt abandonnée à elle-même, & qu'elle s'y éleve ſouvent, malgré le fréquent uſage des corroſifs qui la détruiſent.

Or comme tout l'avantage qu'on peut recueillir de tels remedes, eſt uniquement d'applanir ſes bords, on en viendra également à bout en ſe contentant de les tenir aſſujettis, & on évitera beaucoup de peines, que donneroit la répétition continuelle des eſcarotiques.

Quand je dis que la perte d'une partie doit néceſſairement être reparée par les mêmes fluides qui compoſoient auparavant cette partie, j'entens cela dans la ſuppoſition que la nouvelle

formation ſoit de même ſubſtance que la partie bleſſée, comme le calus eſt par rapport à l'os, & la cicatrice par rapport à la peau : car généralement parlant un vuide ne ſe remplit que d'une ſeule eſpéce de chair, quoiqu'il y eût dans cet endroit, avant la bleſſure, différentes ſortes de ſubſtances, ſçavoir celle de la Membrane adipeuſe, de la Membrane des Muſcles, & celle du Muſcle même.

De plus ſi nous raclons ou ſi nous perçons un os, il s'y trouve certains vaiſſeaux bleſſés qui pouſſent une chair, laquelle ſert à recouvrir l'os; & après les fractures du crane, lorſque la ſurface du cerveau eſt endommagée, & qu'une partie des membranes & des os eſt emportée, toute la cavité ſe remplit par une ſubſtance uniforme qui eſt à peu près de même eſpece, & qui croît juſqu'à ce qu'elle arrive à fleur de la peau, laquelle s'étend par-deſſus pour achever la guériſon.

C'eſt pour cela qu'après la conſolidation des Plaies, qui étoient à la

ſurface d'un os, la cicatrice eſt adhérente à cet os, & que la parfaite diſtinction des parties ne ſubſiſte plus. Néanmoins ſi la Plaie eſt d'une certaine grandeur, l'adhérence qui ſuivra la guériſon, ne ſera pas auſſi étendue qu'étoit la Plaie, mais ſeulement autant que la cicatrice, qui eſt toujours plus petite que l'inciſion; parce que la guériſon ne conſiſte pas ſeulement dans la formation d'une nouvelle matiere, mais encore dans l'allongement des fibres de la peau d'alentour & de la chair vers le centre de la Plaie, laquelle en eſt recouverte dans plus ou moins de tems, & en plus ou moins grande quantité, à proportion de leur relâchement. Car la cicatrice ne commence à ſe former que quand les fibres ſont incapables de s'étendre davantage: de-là l'utilité de conſerver beaucoup de peau dans les amputations.

Par tout ce qui a été dit ſur le progrès d'une Plaie faite par un inſtrument tranchant, lorſqu'il n'y a point de mauvaiſe diſpoſition du corps, nous

voyons, que la guériſon s'opére ſans aucune interruption, ſinon de la part des chairs fongueuſes. Ainſi le principal devoir du Chirurgien conſiſte à bien faire attention à ce point, & à n'appliquer ſur le mal que des choſes qui ſoient le moins contraires au train ordinaire de la Nature, & qui agiſſent le moins ſur la ſurface de la Plaie.

Conformément à cette maxime, nous trouvons que la ſimple charpie ſêche eſt généralement le meilleur reméde pendant tout le cours du traitement. D'abord elle arrête le ſang d'une maniere moins nuiſible que ne font les poudres ou les eaux ſtyptiques; enſuite en abſorbant la matiere, qui au commencement de la ſuppuration eſt claire & acre, elle devient une eſpéce de digeſtif. Pendant que la Plaie s'incarne, on ne ſçauroit rien appliquer de plus doux entre le bandage & les petits grains de chair tendre, & en même-tems elle tient lieu d'une douce compreſſe ſur les chairs fongueuſes qui s'élévent.

Par deſſus la charpie ſêche on peut

mettre un plumaſſeau de filaſſe chargé de quelque onguent adouciſſant, qu'il faut renouveller chaque jour, & maintenir en ſituation au moyen d'un bandage qui ne ſoit pas trop ſerré. Mais dans toutes les grandes Plaies le premier panſement, après celui qui ſuit immédiatement l'accident, ou l'opération, ne doit ſe faire qu'au bout de trois jours, lorſque le pus étant formé, la charpie ſe ſépare plus aiſément de la partie; & en l'ôtant il ne faut uſer d'aucune violence, mais enlever ſeulement ce qui ne tient pas ferme, & qui ſe détache ſans douleur.

Il paroîtra peut-être ſurprenant que je ne recommande aucun de ces Onguens digeſtifs, ou incarnatifs, qui ont eu autrefois tant de réputation pour leur vertu dans toutes ſortes de Plaies.

Mais comme le but des remédes eſt de réduire la Plaie dans un état naturel, c'eſt-à-dire dans une diſpoſition prochaine à la guériſon, qui eſt l'état où je l'ai déja ſuppoſée, l'intention que l'on a en employant ces ſortes de to-

piques, ſe trouve remplie; & à d'autres égards la charpie ſêche vaut mieux, comme on peut voir par ce que j'ai dit de ſes utilités.

Ce n'eſt pas qu'il n'y ait beaucoup de cas où différens tropiques peuvent avoir lieu : mais c'eſt quand les Plaies ſont accompagnées de diverſes circonſtances, que je ne ſuppoſe pas dans celles dont j'ai parlé : quoique celles-là-même, lorſqu'au moyen des remédes on les a miſes en bon état, doivent être traitées enſuite de la même façon, comme on le comprendra mieux par le Chapitre ſuivant, dans lequel je parlerai plus en détail du panſement des Plaies.

CHAPITRE II.

Des Inflammations & des Abſcés.

COMME preſque tous les Abſcès ſont une ſuite des Inflammations, & que celles-ci ont différentes maniéres de ſe terminer, ſuivant qu'elles ſont diverſement compliquées avec d'autres déſordres, il eſt bon avant toute choſe d'examiner un peu leur diſpoſition.

Les Inflammations de quelque cauſe qu'elles viennent, ſe terminent de trois manieres, par réſolution, par ſuppuration, ou par gangrêne. On dit toujours que le Skirrhe qui ſuit l'inflammation d'une glande eſt une quatriéme maniére; mais je crois que c'eſt improprement, puiſque cela n'arrive jamais, ou n'arrive que rarement, ſi ce n'eſt quand il y a vérole, écrouelle ou cancer; & alors le Skirrhe vient avant l'inflammation, & non après; la tumeur paroiſſant toujours quelque

tems avant le changement de couleur.

Mais quoique chaque eſpéce d'inflammation ſe termine quelque fois de différentes maniéres, on peut toujours néanmoins conjecturer probablement quelle en ſera l'iſſue, en faiſant attention à l'état de la ſanté du malade. Ainſi les inflammations légeres qui viennent pardeſſus des rhumes, & ſans aucune indiſpoſition précédente, ſe réſoudront ſelon toute apparence. Celles qui ſuivent de près une fiévre, ou qui arrivent à des corps replets, ſuppurent ordinairement : & celles qui attaquent les perſonnes fort agées, ou les hydropiques, tournent très-aiſément en gangrêne.

Lorſque l'inflammation eſt telle qu'on peut entreprendre ſurement de la réſoudre, un très-bon moyen pour cela c'eſt d'employer les ſaignées copieuſes & les purgations réiterées. La partie malade doit être fomentée deux fois par jour; & ſi la peau eſt fort tendue, on pourra y faire des embrocations avec trois parties d'huile roſat & une partie de vinaigre commun mê-

lées enſemble, & la couvrir enſuite d'onguent de fleurs de Sureau, ou d'un onguent adouciſſant fait avec de la cire blanche & de l'huile, qu'on étendra ſur un morceau de linge fin, mettant pardeſſus un bandage modérement ſerré.

Je ſçais que preſque tous les Chirurgiens défendent d'appliquer ſur la peau enflammée aucunes matiéres graſſes, dans la ſuppoſition qu'elles bouchent les pores, & empêchent par ce moyen la libre tranſpiration des fluides, que l'on s'imagine être une des voies par leſquelles l'inflammation ſe diſſipe. Si ce raiſonnement eſt fondé ſur l'expérience, ou uniquement ſur la théorie, c'eſt ce que je ne vois pas clairement : mais ce que je crois très-certain, c'eſt que les inflammations abandonnées à elles-mêmes, deviennent ſouvent dures & douloureuſes, leſquelles cependant peuvent être adoucies par quelque reméde propre à leur donner de la molleſſe & de la fléxibilité ; enſorte qu'il ne paroît pas que les remédes relâchans ſoient un

obſtacle à la réſolution.

Néanmoins, afin de garder un milieu, on peut établir pour regle dans les inflammations du viſage, que l'on eſtime très-dangereuſes, de ne rien employer de plus huileux que le lait chaud, avec lequel il ſera bon de fomenter cette partie cinq ou ſix fois le jour.

Si après quatre ou cinq jours l'inflammation commence à diminuer, on pourra purger en ſe ſervant ſimplement des eaux purgatives & de la manne, & omettre alors les embrocations d'huile & de vinaigre; ou même plutôt, ſi elles ont déja commencé d'excorier la partie. L'onguent de cire & d'huile peut ſe continuer juſqu'au bout; ou ſi, vers la fin du traitement, la démangeaiſon de la peau eſt incommode, on y remediera encore mieux par l'application du *Nutritum*, qui eſt un onguent compoſé de parties égales de Diachylon, & d'huile douce, fondus à petit feu, & enſuite remués enſemble, en ajoutant un peu de vinaigre, juſqu'à ce que le tout ſoit refroidi.

Pendant le traitement il eſt abſolument néceſſaire d'uſer d'alimens légers, & dans le fort de l'inflammation la boiſſon d'une ptiſanne légere eſt d'une grande utilité.

Juſqu'à préſent j'ai ſuppoſé l'inflammation tellement en état de ſe réſoudre, que moyennant les ſecours convenables elle ſe terminoit en effet de cette maniere. Mais lorſque la tumeur réſiſte à tous les moyens qu'on emploie pour la réſoudre, alors il faut diſcontinuer toute évacuation, & aider de tout ſon pouvoir la nature à produire la ſuppuration.

Nous pouvons juger très-probablement qu'il ſe formera du pus, lorſque la fiévre ſymptomatique augmente, que la tumeur groſſit, que la douleur & le battement deviennent plus conſidérables; & s'il ſurvient un petit friſſon, la choſe n'eſt preſque pas douteuſe.

Les inflammations qui ſuccédent à la fiévre ou à la petite vérole, ſuppurent preſque toujours; mais elles découvrent incontinant leur diſpoſition,

ou du moins elles doivent être d'abord traitées doucement, comme ſi on attendoit une ſuppuration.

C'eſt une maxime établie en Chirurgie, que les évacuations ſont pernicieuſes dans toutes les circonſtances d'une maladie qui doit ſe terminer par ſuppuration. Mais comme les Médecins conviennent aujourd'hui, que la ſaignée en certaines occaſions dans la petite vérole non ſeulement n'empêche pas, mais avance au contraire la maturation; ainſi dans la formation des Abſcès, quand les vaiſſeaux ont été ſurchargés, & que la ſuppuration n'eſt pas fort avancée, la ſaignée l'a quelquefois extrêmement hâtée. Cette pratique néanmoins doit être ſuivie avec précaution. Il eſt hors de doute que les purgatifs ne conviennent pas alors. Cependant ſi le malade eſt reſſerré, il faudra lui donner de deux en deux, ou de trois en trois jours des lavemens emolliens.

De tous les topiques inventés pour avancer la ſuppuration, il n'en eſt point de ſi commodes que les cataplaſmes.

plaſmes. Mais comme il y a certaines tumeurs qui ſuppurent fort lentement & qui ſont preſque ſans douleur, par exemple quelques tumeurs écrouelleuſes, il ſera plus à propos de ſe ſervir d'emplâtres avec les gommes, que l'on renouvellera ſeulement tous les quatre ou tous les cinq jours. Entre les cataplaſmes ſuppuratifs il n'en eſt peut-être aucun de préférable à celui de mie de pain & de lait, adouci avec l'huile; du moins la pratique ne montre pas qu'aucun autre ſoit meilleur.

L'uſage des emplâtres ſuppuratifs dans les Abſcès qui viennent promptement à maturité, ou dans les inflammations des perſonnes foibles ou hydropiques, n'eſt nullement à conſeiller: car outre qu'ils fatiguent d'ordinaire la partie malade, ils cauſent ſouvent de la douleur, quand on veut les ôter pour examiner l'état de la tumeur, & en la comprimant ils augmentent, dans les mauvais tempéramens, la diſpoſition qu'elle a à tomber en mortification.

On peut appliquer deux fois par jour le cataplaſme ſur l'Abſcès, juſqu'à ce qu'il ſoit aſſez mûr pour être ouvert ; ce qui ſe connoîtra par le peu d'épaiſſeur & l'élévation de la peau dans un endroit, par la fluctuation de la matiére, & ordinairement par une diminution de douleur, qui a précédé ces ſymptômes.

Je décrirai la maniére d'ouvrir un Abſcès après que j'aurai parlé de la gangrêne, qui eſt une autre ſuite de l'inflammation.

Voici les ſignes de la gangrêne. La partie enflammée perd ſa rougeur, & devient brune & livide ; la peau n'a plus de tenſion, & en la touchant on la ſent mollaſſe & emphyſemateuſe ; elle ſe couvre de phlyctênes remplies d'une ſéroſité de différentes couleurs ; la tumeur s'affaiſſe, & de brune qu'elle étoit, elle prend une couleur noire ; le pouls eſt plus fréquent & plus foible ; il ſurvient des ſueurs abondantes, qui à la fin deviennent froides, & le malade meurt.

De quelque cauſe que procéde la

mortification, la méthode du traitement pour en arrêter le progrès, eſt à peu près la même, excepté dans celle qui eſt produite par le froid : car en ce cas-là on doit prendre garde de ne pas échauffer trop ſoudainement la partie, s'il eſt vrai que dans les pays du Nord on voit tous les jours des gangrênes cauſées par ce moyen, leſquelles il auroit été aiſé de prévenir en évitant la chaleur. La crainte que l'on a du danger d'une chaleur ſubite, va même ſi loin dans ces pays-là, que l'on couvre d'abord la partie de neige, qui ne manque guére, à ce que l'on dit, d'empêcher toute mauvaiſe ſuite. Mais je croirois volontiers qu'il y a un peu de prévention dans cette maniére de traiter.

La méthode de ſcarifier dans la gangrêne en faiſant pluſieurs inciſions juſqu'au vif, eſt preſque univerſelle ; & je penſe que c'eſt avec raiſon, puiſque non ſeulement cela dégage la partie, & la décharge d'une ſéroſité nuiſible ; mais encore donne lieu aux remédes topiques d'agir avec toute la

force dont ils ſont capables. Tous les Chirurgiens n'emploient pas les mêmes. Pour moi je crois que dans le panſement des ſcarifications rien n'eſt préférable aux digeſtifs mêlés avec l'huile de térébenthine ; & pardeſſus on peut couvrir toute la partie de Thériaque, dont il faut auſſi faire uſage au commencement de la gangrêne, avant qu'il ſoit néceſſaire de ſcarifier.

Quelques uns prétendent avoir très-bien réuſſi à arrêter des gangrênes, en ſe ſervant de la lie de forte bierre mêlée avec du pain & du gruau d'avoine. Mais il n'y a peut-être aucun fait dont on puiſſe moins conclure que de la ceſſation de la gangrêne ; puiſque parmi les Pauvres qu'on apporte dans les Hôpitaux, nous voyons cela arriver très-ſouvent ſans aucun ſecours de l'art. Il eſt certain néantmoins qu'on peut emploier utilement les fomentations ſpiritueuſes, & panſer comme j'ai dit ci-deſſus ; ce qu'il faut faire deux fois le jour.

Les remédes intérieurs ne ſont pas moins utiles, & ils doivent être du

genre des cordiaux ; quoiqu'aujourd'hui beaucoup de Chirurgiens ordonnent le Quinquina comme le ſouverain reméde dans cette maladie. Après que l'eſcarre eſt ſéparée, la plaie devient un ulcere ordinaire, & doit être traitée comme tel.

Il y a deux maniéres d'ouvrir un Abſcès, l'une par l'inciſion, l'autre par le cauſtique. Mais l'inciſion eſt préférable dans la plûpart des cas. Dans les petits Abſcès il eſt rarement néceſſaire de dilater au-delà de ce qui s'eſt fait en les ouvrant dans leur longueur avec la pointe de la lancette ; & pour les grands Abſcès, où il n'y a pas beaucoup de peau qui ait changé de couleur & qui ſoit devenue mince, on ſe trouvera ordinairement bien de les ouvrir dans toute leur longueur ; ou s'il y a beaucoup de peau qui ſoit amincie & dont la couleur ſoit changée, il faut en emporter un morceau en rond ou en ovale. Cette opération étant exécutée adroitement avec le biſtouri, eſt beaucoup moins douloureuſe qu'avec le cauſtique, & met tout d'un coup

à découvert une grande étendue de l'Abſcès, qui peut ainſi être panſé juſqu'au fond, & ſe décharger aiſément du pus ; au lieu qu'après l'uſage du cauſtique, malgré les inciſions que l'on fait à l'eſcarre, le pus ne laiſſe pas de demeurer un peu renfermé ; & l'on n'a pas l'avantage de panſer comme il faudroit, juſqu'à ce que l'eſcarre ſe ſoit ſéparée ; ce qui demande ſouvent un tems conſidérable, & doit néceſſairement retarder la guériſon. D'ailleurs la douleur que cauſe le cauſtique pendant deux ou trois heures qu'il lui faut ordinairement pour produire ſon effet, attire une fluxion ſur la peau qui environne l'eſcarre, laquelle en rend quelquefois la guériſon beaucoup plus difficile.

Dans l'uſage des cauſtiques il n'eſt que trop commun d'en appliquer un petit ſur la partié la plus éminente d'une groſſe tumeur ; & comme il ne donne pas aſſez d'eſſor à la matiére, & que l'ouverture ſe rétrecit peut-être bientôt après, on ſe trouve dans la néceſſité d'employer les tentes : & ces

deux circonſtances cauſent plus ſouvent des fiſtules après un Abſcès, que ne ſçauroit faire aucune malignité de l'Abſcès même. La même choſe arriveroit encore plus ſurement par une petite inciſion : mais je vois que les Chirurgiens ne faiſant pas tant de fond ſur les petites ouvertures par l'inciſion que par le cauſtique, ont généralement ſoin, quand ils emploient le biſtouri, de dilater ſuffiſamment ; au lieu qu'avec le cauſtique ils ſe contentent pour l'ordinaire d'une petite ouverture à la partie la plus baſſe de la tumeur.

Comme donc la méthode de faire de petites ouvertures, quand il s'agit d'évacuer beaucoup de pus rend preſque toujours le traitement long & ennuyeux ; que très-ſouvent elle oblige de dilater à la fin ; que quelquefois elle produit l'effet pernicieux dont j'ai fait mention ci-devant, & occaſionne même la carie des os voiſins ; j'ai cru qu'il ne ſeroit pas inutile de ſe précautionner contre cette pratique.

La méthode d'appliquer indiffé-

remment des cauſtiques ſur toutes ſortes d'Abſcès, ſe trouve ſouvent dans le même cas de retarder la guériſon, & cela par une raiſon abſolument contraire à celle que j'ai donnée auparavant. Car comme dans les grandes tumeurs on met rarement une ſuffiſante étendue de cauſtique, & que la matiére, faute d'une ouverture convenable, coule pendant long-tems; de même dans les petites tumeurs les cauſtiques font une plus grande ouverture qu'il n'eſt beſoin; & par conſéquent ſont cauſe que la plaie demeure bien plus long-tems à guérir.

J'avoue que la diſpoſition des Abſcès à ſe remplir de chair, après que le pus eſt évacué, eſt fort différente; puiſqu'il s'en trouve de grands, qui ſe rempliſſent très-bien, après une ſimple piqure de lancette; pourveu que l'ouverture ſoit faite dans un endroit qui ait de la pente, & qu'on puiſſe appliquer un bandage convenable. Mais ſi l'on entreprend jamais d'ouvrir ainſi, ce doit être dans les Abſcès du viſage, où il faut avoir plus de ſoin d'éviter

viter la difformité d'une cicatrice que par tout ailleurs ; & où vraiſemblablement cette méthode réuſſira mieux, à cauſe de la ſituation du mal. Car c'eſt une maxime en Chirurgie, que les Abſcès & les Ulcéres ont plus ou moins de diſpoſition à guérir, ſuivant qu'ils occupent un endroit du corps plus haut ou plus bas. Néanmoins dans les Abſcès du viſage, ſi la peau eſt fort mince, il ſera toujours plus ſûr d'ouvrir dans ſa longueur, que de ſe fier à une ſimple piqure.

Suivant ce que nous venons de dire touchant la méthode d'ouvrir les Abſcès, il paroît qu'il n'eſt pas ſouvent néceſſaire d'appliquer des cauſtiques. Cependant ils ont leurs avantages à certains égards, & ordinairement ils épouvantent moins les malades que le biſtouri, quoiqu'ils ſoient communément plus inſupportables. Ils ſont d'un très-grand uſage dans les cas où la peau eſt mince & enflammée, & où l'on a ſujet de croire, que la malignité de l'Abſcès eſt de nature à empêcher les chairs de croître prompte-

ment. Alors ſi l'on ſe contentoit d'une ſimple inciſion à la peau, il ſe formeroit ſouvent de petits ſinus, & les lévres de l'Abſcès demeurant lâches & mollaſſes deviendroient calleuſes, & retarderoient la guériſon, nonobſtant que l'on eût corrigé la malignité de la Plaie. De ce genre ſont les Bubons Vénériens; & quoiqu'ils guériſſent ſouvent par l'inciſion ſeule, néanmoins lorſque la peau eſt dans l'état que j'ai ſuppoſé, le cauſtique eſt toujours préférable, comme j'ai eu pluſieurs occaſions de m'en convaincre.

Il faut obſerver que je borne cette méthode aux Bubons Vénériens; car ceux qui ſuccédent à une fiévre, ou à la petite Vérole, guériſſent pour la plûpart au moyen de la ſimple inciſion.

Il y a beaucoup de tumeurs écrouelleuſes ſur leſquelles il faut raiſonner tout comme ſur les vénériennes. Et même dans les groſſes tumeurs, où j'ai recommandé l'inciſion, ſi le malade ne veut pas s'y ſoumettre, & que le Chirurgien appréhende quelque dan-

ger en bleſſant un gros vaiſſeau, ainſi qu'il arrive quelquefois en ſe ſervant du biſtouri, quoiqu'on puiſſe promptement en faire la ligature ; cependant comme cet inconvenient peut s'éviter par le cauſtique, on peut alors l'employer. Mais quand l'eſcarre eſt faite, je crois qu'il faut l'emporter preſque toute ; ce qui ne ſera pas douloureux pour le malade, & donnera à la matiére une iſſue bien plus facile qu'elle n'auroit par des inciſions à l'eſcarre. Quant aux tumeurs écrouelleuſes du col & du viſage, à moins qu'elles ne ſoient fort groſſes, on ne doit point y employer les cauſtiques, parce que dans ces endroits-là elles guériſſent avec le tems, après l'inciſion.

Les cauſtiques ſont d'une grande utilité pour détruire les duretés ſcrofuleuſes & opiniâtres des glandes ; & pareillement les duretés vénériennes des glandes de l'aine, qui ne veulent ni ſe réſoudre, ni ſuppurer ; comme auſſi pour découvrir les os cariés, & faire de grands cautéres. Le meilleur cauſtique dont on ſert, eſt la pierre à

cautére pulvériſée & réduite en pâte avec du ſavon. (*a*) Il faut l'empêcher de s'étendre plus qu'on ne voudroit. Pour cela on fait une ouverture dans un morceau d'emplâtre agglutinatif, à peu près auſſi grande que l'on veut que ſoit l'eſcarre; & ayant appliqué l'emplâtre ſur la partie, on met le cauſtique dans l'ouverture, & on l'aſſujettit par de petites piéces d'emplâtre, qu'on place autour de ſes bords, & un grand morceau, dont on couvre le tout.

Quand la tumeur eſt ouverte, ou les os expoſés à la vûe, il faut emporter l'eſcarre ſur le champ, ou le lendemain; car ſi on attend qu'elle ſe ſépare d'elle-même, on ne réuſſit pas dans le deſſein que l'on a de faire une ouverture profonde; d'autant que les nouvelles chairs qui pouſſent pardeſſous, enlevent l'eſcarre, & en même-tems rempliſſent la cavité; après quoi l'on ſe trouve obligé de la refaire de nouveau par des eſcarotiques qui cauſent bien de la douleur.

(*a*) Le ſavon dont on ſe ſert en Angleterre pour cet uſage, eſt de la conſiſtence d'un onguent.

Pour faire un cautére, ou pour découvrir un os, on peut laiſſer le cauſtique environ quatre heures; pour détruire une groſſe glande, cinq ou ſix heures; pour ouvrir un Abſcès, une heure & demie, deux, ou bien trois heures, ſuivant l'épaiſſeur de la peau. Ce qui eſt très-remarquable, c'eſt que malgré ſa force & ſon action ſoudaine, il ne cauſe ſouvent aucune douleur quand la peau n'eſt pas enflammée; comme il arrive quand on fait un cautere, ou qu'on ouvre certains Abſcès.

Juſqu'à préſent j'ai ſuppoſé le Chirurgien avoir la commodité d'ouvrir la tumeur dans le tems le plus convenable, c'eſt-à-dire lorſque la peau eſt mince, & la fluctuation du pus très-ſenſible. C'eſt ce tems-là qu'il faut toujours attendre pour l'opération, malgré ce que diſent quelques-uns, que les Abſcès critiques doivent être ouverts avant que la ſuppuration ſoit parfaite, afin de donner jour plus promptement à la matiere nuiſible qui fait la maladie. Mais en hâtant ainſi l'opéra-

tion, on manque ſon but, parce qu'il ne s'amaſſe que peu de matiere dans l'Abſcès juſqu'à ce qu'il ſoit arrivé à ſa maturité; de plus l'Ulcére devient enſuite ſordide, & ſe trouve moins en état de guérir.

Quand un Abſcès s'eſt ouvert de lui-même, la ſonde doit guider pour ſçavoir où il faut dilater; & les mêmes regles doivent s'obſerver par rapport au degré de dilatation, que dans l'autre cas. On ſe ſert ordinairement pour cette opération de ciſeaux à bouton; & même dans tous les Abſcès la plûpart des Chirurgiens emploient les ciſeaux, après avoir fait d'abord une piqure avec la lancette. Mais comme le biſtouri opére beaucoup plus promptement, & avec moins de violence ſur les parties, que les ciſeaux, qui ſerrent en même-tems qu'ils bleſſent, on épargnera bien de la douleur au malade, en ſe ſervant du biſtouri par tout où cela eſt praticable; & c'eſt dans preſque tous les cas, excepté dans quelques fiſtules à l'Anus, où les ciſeaux conviennent mieux.

La façon d'ouvrir avec le biſtouri, eſt de le faire gliſſer ſur une ſonde crénelée, dont la rainure l'empêche de s'écarter du droit chemin. Si l'orifice de l'Abſcès eſt trop étroit pour admettre la ſonde crénelée ou la lame des ciſeaux, il faut l'élargir avec une tente d'éponge, qui ſe fait en trempant un morceau d'éponge ſeche dans de la cire fondue, & la preſſant tout de ſuite entre deux morceaux de tuile ou de marbre, pour en exprimer autant de liqueur qu'il eſt poſſible. Il arrive de là que l'éponge qui eſt naturellement lâche, & qui eſt réduite en petit volume par la compreſſion, étant introduite dans l'Abſcès, la chaleur de la partie fond le reſte de cire qui y tient encore; & l'éponge en abſorbant l'humidité de l'Abſcès, s'étend, & par ce moyen élargit l'orifice, mais ſeulement peu à peu, & avec très-peu de douleur.

La méthode ordinaire dans le premier panſement d'un Abſcès, eſt d'employer uniquement la charpie ſeche; ou s'il ne coule pas de ſang, les digeſ-

tifs étendus ſur la charpie. Lorſqu'il n'y a pas à craindre que la partie ſupérieure de la Plaie ſe réuniſſe trop tôt, il ſuffit de mettre dans la cavité de l'Abſcès des bourdonets qui ne ſoient pas ſerrés les uns contre les autres. Mais ſi l'Abſcès eſt profond, & la plaie étroite, comme il arrive quelquefois dans les Abſcès de l'Anus, il faut tamponner modérement avec de la charpie; afin d'avoir enſuite l'avantage de panſer juſqu'au fond, ſans ſe ſervir de tentes, qui ſont aujourd'hui preſque univerſellement décriées, quoiqu'elles ne ſoient encore que trop employées par ceux-mêmes, qui paroiſſent le plus les condamner : tant il eſt difficile de ſe convaincre du pouvoir réel de la nature dans la guériſon des Plaies.

Autrefois on vantoit beaucoup le mérite des tentes; on croyoit alors abſolument néceſſaire de tenir pendant un tems conſidérable les Plaies ouvertes, afin d'évacuer un prétendu poiſon que l'on imaginoit dans le corps. On ſuppoſoit auſſi qu'elles étoient utiles pour porter les ſuppuratifs con-

venables ou les incarnatifs juſqu'au fond de l'Abſcès; & de plus, qu'en abſorbant le pus, elles entretenoient la netteté de la Plaie, & la diſpoſoient à guérir. Mais ce raiſonnement eſt regardé aujourd'hui comme ne prouvant rien du tout.

Les Chirurgiens ſçavent préſentement qu'une Plaie ne ſçauroit guérir trop vîte, pourveu que dès le fond il croiſſe une chair ferme. Ils ſont encore très-perſuadés par ce qu'ils voyent arriver aux Plaies où l'on n'applique aucuns remédes, que la nature pouſſe d'elle-même de nouvelle chair, & que toute compreſſion l'interrompt.

Quant à l'idée des tentes qui abſorbent le pus que l'on eſtime contraire à la guériſon; bien loin d'être utiles en cela, elles ſont au contraire très-pernicieuſes. En effet ſi le pus eſt malfaiſant de ſa nature, elles ont beau l'abſorber, elles ne laiſſent pas de l'appliquer à chaque endroit du Sinus; & s'il eſt nuiſible par ſa quantité, elles ſont préjudiciables en ce qu'elles l'en-

ferment dans l'Abſcès, & empêchent l'iſſue qu'il trouveroit, ſi les panſemens n'étoient que ſuperficiels. Mais la vérité eſt, qu'un pus bien conditionné ne nuit jamais aux Plaies par rapport à ſa qualité. C'eſt pourquoi les Chirurgiens ne doivent pas être ſi ſoigneux d'eſſuyer exactement les Plaies, quand elles ſont tendres & douloureuſes.

Une preuve que les tentes empêchent plutôt qu'elles n'aident la guériſon, c'eſt ce que nous voyons arriver à un cautére où l'on met un pois. Ce corps étranger, par la compreſſion qu'il cauſe, tient la Plaie ouverte, comme font les tentes : & ſi l'on trouve des exemples de Plaies qui guériſſent très-bien, nonobſtant l'uſage des tentes ; il y a auſſi des cautéres, qui ſe ferment, malgré toutes les meſures que l'on prend pour maintenir un pois dans leur cavité.

En un mot les tentes dans les Plaies, en s'oppoſant à l'accroiſſement des petits grains de chair, les durciſſent à la longue ; & de cette maniere produi-

ſent une fiſtule. Ainſi au lieu de s'en ſervir pour guérir un Abſcès, on ne doit jamais les employer que quand on a deſſein de retarder la cicatriſation de la Plaie extérieure; excepté dans quelques petits Abſcès étroits, où elles tiennent lieu de bourdonnets, & n'empêchent pas les chairs de croître au fond, pourveu qu'elles ne ſoient ni trop groſſes, ni pouſſées de force. Mais alors il faut avoir ſoin de ne pas les enfoncer beaucoup plus profondement que la peau, & de les renouveller deux fois le jour, pour donner iſſue au pus qu'elles renferment.

Quelquefois elles ſont utiles dans les grands Abſcès, particuliérement des mammelles, où la matiere ne ſçauroit ſe décharger par l'ouverture qui a déja été faite, & néanmoins ne s'avance pas ſuffiſamment d'un autre côté, pour qu'on puiſſe y faire une ouverture, quoiqu'elle montre aſſez où elle tend, ſi elle eſt un peu reſſerrée. Dans cette occaſion une tente qui bouche l'orifice, oblige le pus de ſe jetter vers la partie diſpoſée à le rece-

voir, & indique l'endroit pour une contr'ouverture. Mais où les tentes font le mieux, c'eſt dans les petits Abſcès profonds, d'où il faut déloger des corps étrangers, comme de petites eſquilles d'os, &c.

L'uſage des injections vulneraires dans les Abſcès, reſſemble ſi fort à celui des tentes, que ſi l'un eſt mauvais, l'autre ne peut manquer de l'être pareillement. On a dit en faveur des injections, que dans les Abſcès profonds, où l'on ne ſçauroit appliquer aucun onguent, elles faiſoient ſuppurer, mondifioient la cavité, & corrigeoient la malignité du pus. Mais comme elles élargiſſent ſouvent les parties d'un Abſcès, & en quelque façon relâchent trop la chair nouvelle qui s'y engendre, elles ſont tellement nuiſibles, qu'elles conviennent à peine dans aucun cas. Cependant un des grands maux qu'ont fait les injections & les tentes, a été de perſuader fauſſement aux Chirurgiens, qu'en quelque endroit que leurs remédes fuſſent appliqués, le mal guériſſoit; & ſur ce

mauvais principe ils ont négligé de dilater les Abſcès, qui après avoir été traités de la ſorte, ſont demeurés incurables, & n'auroient pas laiſſé, faute d'être évacués, de demeurer ſouvent tels, quand même ils auroient été panſés plus ſuperficiellement.

Dans le panſement des Plaies c'eſt l'ordinaire d'appliquer les remedes chauds, dans la ſuppoſition que les onguents étant chauds ont plus de vertu pour procurer la ſuppuration, que lorſqu'ils ſont froids. Mais comme tout remede arrive bientôt au même degré de chaleur que la partie où il eſt mis, ſoit qu'on l'applique chaud, ou froid, l'avantage de cette chaleur momentanée ne ſçauroit être que fort peu de choſe: & comme les bourdonnets trempés dans des onguens chauds ont des inconveniens, & même deviennent roides & douloureux, je crois qu'il vaut mieux les appliquer froids, ou peut-être en hyver un peu chauffés devant le feu, après qu'ils ſont couverts d'onguent; obſervant, ſi l'Ulcére eſt inégal, de les faire petits, afin qu'ils s'appliquent exactement.

Par-deſſus les bourdonnets on peut mettre un grand plumaſſeau de filaſſe chargé de Baſilicum, lequel ſera plus doux qu'un emplâtre défenſif. Car quoique celui-ci ait été inventé pour défendre la circonférence des Plaies contre l'inflammation, ou la fluxion, il en eſt ſouvent la cauſe. Ainſi lorſqu'on a ſujet de craindre ces accidens-là, il ne faut jamais aſſujettir ce qu'on applique ſur les grandes Plaies, avec ces ſortes d'emplâtres. En effet les emplâtres ne ſont bons dans aucune ſorte d'inflammation. C'eſt pourquoi je n'en ai recommandé aucun comme un réſolutif convenable dans cette maladie.

On peut continuer à panſer de la ſorte, juſqu'à ce que les chairs ayent rempli la cavité; & alors on peut conſolider avec la charpie ſêche, ou avec quelque onguent cicatriſant; ayant ſoin, comme nous avons averti auparavant, d'empêcher la chair fongueuſe de s'élever. Si on employe en qualité d'onguent diſſicatif le Cerat *de Pierre Calaminaire*, il faut que cette pierre ſoit bien porphyriſée avant que

d'être miſe dans le Cerat; autrement il ſeroit corroſif.

Dans le cours du panſement il eſt à propos d'avoir égard à la ſituation de l'Abſcès, & de faire enſorte que la poſture ordinaire du malade aide l'évacuation du pus. Il faut encore aider cette évacuation par le moyen d'une compreſſe & d'un bandage; & cela eſt plus utile que la vertu d'aucun onguent. La compreſſe peut être faite de pluſieurs morceaux de linge ou d'emplâtre. Mais la derniére eſt quelquefois plus convenable, d'autant qu'elle demeure ferme ſur la partie où elle eſt miſe.

La fréquence des panſemens dépend de la quantité de matiére qui s'écoule. Panſer une fois dans vingt-quatre heures, ſuffit ordinairement. Mais quelquefois il eſt néceſſaire de le faire deux, & même trois fois. J'ai recommandé auparavant, de ne pas nettoyer trop ſcrupuleuſement les Plaies. Il faut encore obſerver, qu'on ne doit jamais eſſuyer un Ulcére en paſſant par-deſſus un morceau d'étou-

pe ou de linge; mais ſeulement en le touchant légerement avec de la charpie fine; ce qui eſt bien plus doux pour le malade. Quant aux parties d'alentour, on peut les eſſuyer exactement & d'une maniere plus rude, ſans aucun danger.

Je ne crois pas que l'air ait ſur les Ulcéres le mauvais effet qu'on lui attribue univerſellement. S'il étoit auſſi pernicieux qu'on veut le perſuader, on ne verroit pas de grands Abſcès dans les bêtes guérir ſi bien, quoiqu'ils ſoient ſouvent expoſés à l'air pendant tout le tems qu'ils durent. Néanmoins comme l'air eſt capable de produire une croute, & qu'en hyver il cauſe un peu de douleur aux chairs nouvelles, on doit panſer le plus vîte qu'on peut, ſans ſe précipiter. Une autre attention néceſſaire aux Chirurgiens dans le traitement des Abſcès, c'eſt de ne pas fouiller dans leurs cavités avec le doigt ou la ſonde, en toute occaſion; car cela les déchire, les empêche de ſe fermer, & par conſéquent de guérir.

CHAPITRE

CHAPITRE III.

Des Ulcéres.

QUAND une Plaie ou un Abſcès dégénéré, reſiſte à la méthode que j'ai enſeignée juſqu'ici, & n'a pas les conditions que doit avoir une Plaie qui eſt en état de guériſon, on l'appelle un Ulcére. Et comme ce nom eſt généralement pris du mauvais état de la Plaie ou de l'Abſcès, on a coutume de l'appliquer à d'autres maux qui ont quelque degré de malignité, quoique formés immédiatement, ſans avoir été précédés de Plaie ou d'Abſcès; tels ſont les Ulcéres Vénériens des Amygdales, &c.

Les Ulcéres ſont diſtingués par les déſordres particuliers qui les accompagnent. Mais il arrive rarement que ces maladies ne ſoient pas compliquées; & les regles que nous établiſſons pour traiter une ſorte d'Ulcére,

doivent, généralement parlant, être appliquées à preſque tous les autres. Cependant les différences les plus remarquables ſont, l'Ulcére calleux, l'Ulcére ſinueux, l'Ulcére avec carie de l'os voiſin. Les Chirurgiens en connoiſſent encore beaucoup d'autres, comme l'Ulcére ſordide, l'Ulcére rongeant, l'Ulcére variqueux, &c. mais comme ils tirent tous leurs dénominations de quelque affection particuliere, je ne dirai de leur traitement que ce qui ſe trouve renfermé dans la méthode générale de traiter les Ulcéres.

Ce ſera ſouvent en vain qu'on employera pour la guériſon les topiques les mieux choiſis; on ne fera rien, ſi en même-tems les remédes intérieurs ne viennent au ſecours. Comme beaucoup d'Ulcéres ſont les effets d'une indiſpoſition particuliere du corps; il ſera difficile de les mettre en bon état, tandis que leur cauſe ſubſiſtera avec quelque degré de violence. Cependant ils ſervent quelque fois d'une décharge conſidérable d'humeurs pour

la maladie même, comme dans la peſte, la petite vérole, &c. Mais nous voyons que généralement dans la vérole, le ſcorbut, la ſuppreſſion des regles, l'hydropiſie, & dans pluſieurs autres maladies, il eſt néceſſaire de donner de puiſſans remédes internes. En effet on trouvera à peine aucun temperament, où un regime conforme aux loix de la Médecine ne facilite la guériſon des Ulcéres.

Ceux qui ſont carcinomateux ou écrouelleux ſemblent être ceux où la Médecine peut le moins. Car ſi dans leurs commencemens on vient quelquefois à bout de les adoucir conſidérablement, ou même de les guérir par la ſalivation, ou par quelque autre évacuation; ſouvent auſſi de tels remédes les irritent & les rendent pirs. C'eſt pourquoi on ne ſçauroit faire aucun fond ſur les effets des remédes violens dans ces maladies. D'un autre côté j'ai vu employer beaucoup d'altérans en différens ſujets; mais je n'ai pû remarquer aucun ſuccès extraordinaire.

Après tout je crois que dans ces deux cas la diéte lactée, & les douces purgations avec la manne & les eaux minérales, ſont ce qu'il y a de meilleur. On peut néннmoins dans les écrouelles ſe ſervir de remédes actifs avec plus de ſureté que dans le cancer. Quant aux remédes internes des autres maladies, il faut les apprendre dans les Livres de Médecine.

Lorſqu'un Ulcére devient ſordide, & qu'il rend une liqueur ſanieuſe, ſes bords à la ſuite du tems ſe replient endedans, ſe couvrent de peau & ſe durciſſent; c'eſt ce qui lui donne le nom d'Ulcére calleux. Tandis que les bords reſtent dans cet état, la guériſon eſt abſolument impoſſible. Cependant il ne faut pas les détruire auſſi-tôt, dans l'idée de procurer une prompte guériſon. Car tant que la malignité, qui a produit la calloſité, ſubſiſtera dans l'Ulcére, on aura beau détruire fréquemment la ſurface extérieure de ſes levres, il en reviendra de nouvelles, qui ſeront toujours de la même qualité. Ainſi quand on ſe

trouve en pareil cas, il faut travailler à mettre l'Ulcére en diſpoſition de guérir par d'autres moyens.

Il arrive quelque fois à de pauvres Ouvriers, qui n'ont pas été en état de ſe donner du repos, qu'étant enſuite obligés de garder le lit, cette ſituation détourne en peu de tems les humeurs de la partie ulcérée, & que les bords calleux ſe rammolliſſant, produiſent ſans grands ſecours une cicatrice, lorſque l'Ulcére eſt devenu net, & s'eſt rempli de bonne chair. La ſalivation produit ordinairement un effet pareil; & quelquefois même un cautére diſpoſe un Ulcére voiſin à la guériſon.

Mais quoique les calloſités ſe rammolliſſent ſouvent par ces moyens; néanmoins lorſque la ſurface de l'Ulcére commence à fournir une matiére épaiſſe, & qu'on voit pouſſer de petits grains d'une chair rouge; il eſt bon d'animer la nature, en détruiſant les bords de l'Ulcére, s'ils ſont encore durs. Le moyen pour cela, c'eſt de les toucher durant quelques jours avec

la pierre infernale, ou la pierre à cautére.

Il y a des Chirurgiens qui les emportent avec le biſtouri. Mais cette derniere méthode eſt fort douloureuſe, & je ne vois pas qu'elle ſoit plus efficace. Lorſque les bords ne ſont pas repliés contre l'Ulcére, mais pendent lâchement par-deſſus, comme dans quelques bubons vénériens, où la matiere s'étend conſidérablement ſous les bords de la peau ; alors la méthode la plus commode eſt de les emporter avec les ciſeaux.

On a inventé une infinité d'onguens pour procurer à l'Ulcére une ſuppuration louable, lorſqu'il eſt dans un état de pourriture. Mais le Baſilicum ſeul, ou joint à la terebenthine, ou mêlé avec le précipité rouge à différentes proportions, ſemble ne ceder à aucun autre onguent, quand il s'agit d'amener un Ulcére à cicatrice.

Lorſque l'Ulcére eſt incarné, la cure peut ſe finir comme celle des autres Plaies ; ou s'il ne ſe cicatriſe pas bien, on peut le laver avec l'eau

de chaux, ou l'eau phagedenique ; ou bien le panſer avec un plumaſſeau trempé dans la teinture de myrrhe. S'il y a des excoriations autour de l'Ulcére, on pourra les oindre avec l'onguent de blanc de Baleine, ou avec le *Nutritum*.

Le précipité rouge a acquis depuis quelques années de la réputation pour la guériſon des Ulcéres, & il la merite. Mais comme on en fait un trop grand uſage, on l'applique ſouvent très-mal-à-propos. Quand il eſt mêlé avec le Baſilicum, ou ce qui eſt d'une plus grande propreté, avec un ſimple cerat, il devient très-certainement un digeſtif, puiſqu'il ne manque guére de faire rendre à l'Ulcére dans vingt-quatre heures une matiére épaiſſe ; au lieu qu'avant de l'avoir appliqué, il n'en ſortoit qu'une matiére claire.

Lorſqu'on ajoute au cerat une plus grande quantité de précipité, il eſt preſque eſcarotique. Mais quand on le mêle avec quelque onguent, il eſt beaucoup moins douloureux & moins corroſif, que quand on le répand en

poudre ſur un Ulcére. On l'employe néanmoins preſque univerſellement ſous cette forme ; & peu judicieuſement, à mon avis. Car comme c'eſt un puiſſant eſcarotique, on ne ſçauroit jamais en employer beaucoup ſans faire une eſcarre. Ainſi en le réiterant chaque jour on fait eſcarre ſur eſcarre ; ou ſi on le met en poudre ſur une eſcarre déja formée, en vue d'en accelerer la ſéparation, toute la quantité de poudre qui occupera la ſurface morte, n'aura aucune force ; & le reſte qui ſe trouvera au fond, & autour du fond de l'Ulcére, y produira de nouvelles eſcarres, en rongeant & détruiſant les petits grains charnus, qui en croiſſant auroient élevé & chaſſé la premiere eſcarre. C'eſt pourquoi cette poudre ne ſçauroit être un reméde convenable dans un pareil cas.

Si l'on répond, que la pratique journaliére doit nous convaincre, que le précipité n'a pas ce mauvais effet, puiſque nous voyons des eſcarres ſe ſéparer continuellement, malgré l'uſage

ſage que l'on en fait : le même raiſonnement peut ſervir à autoriſer toute mauvaiſe pratique ; puiſque ſouvent la nature ſurmonte les plus grands obſtacles à la guériſon. Mais quiconque, ſans ſe laiſſer préoccuper par ce raiſonnement, fera une attention ſérieuſe aux deux différentes méthodes de procurer la ſéparation d'une eſcarre, trouvera qu'on en vient à bout, non ſeulement plus aiſément, mais encore plus promptement, par de doux digeſtifs, ou par le précipité mêlé avec un onguent ; que par une grande quantité du même précipité en poudre.

Si l'Ulcére eſt de telle nature qu'il produiſe une chair fongueuſe & mollaſſe, & qui s'éleve beaucoup audeſſus de la ſurface ; il ſera néceſſaire de la détruire au moyen de quelque eſcarotique ou du biſtouri. Cette chair fongueuſe eſt très-différente de celle qui ſe trouve dans les Plaies qui tendent à guériſon ; elle eſt plus éminente, plus lâche, & ordinairement en une ſeule maſſe ; au lieu que l'autre forme pluſieurs petites groſſeurs diſ-

tinctes. La premiére approche ſouvent de la couleur du cancer ; & lorſqu'elle vient d'une glande, elle dégénére quelquefois réellement en cancer, ainſi qu'on l'a vû arriver à des bubons à l'aine.

Quand j'ai rencontré de ces ſortes d'excroiſſances dans des Ulcéres vénériens, je les ai emportées avec le biſtouri. Mais l'hemorrhagie eſt ordinairement ſi grande, que je ne recommande point cette méthode, & que je préfére plutôt les eſcarotiques. Ceux qui ſont en uſage, ſont le Vitriol, la Pierre infernale, la Pierre à cautére, & plus généralement la poudre de précipité rouge. Mais dans ce cas-là même je n'eſtime pas que cette poudre ſoit le meilleur reméde. Car quoique j'aie dit qu'elle eſt toujours un eſcarotique ; cependant, comme la poudre Angelique, qui eſt une compoſition de précipité & d'alun brûlé, ronge plus profondement, je la crois préférable au précipité ſeul.

Il eſt rare de voir dans un Ulcére ces vieilles chairs fongueuſes ; mais il

eſt fort ordinaire d'y voir s'élever celles, qui ſont d'une eſpéce moins difficile à guérir ; & on peut ſouvent les diminuer par la compreſſion, ou par l'uſage des doux eſcarotiques. Cependant ſi l'Ulcére a une couleur blanche & une ſurface unie, comme il arrive dans les Ulcéres joints à l'hydropiſie, & ſouvent dans les jeunes femmes qui ont des obſtructions, il ſera inutile de détruire ces excroiſſances, juſqu'à ce que la maladie interne ſoit guérie ; car pour lors elles diſparoîtront très-probablement ſans le ſecours d'aucun reméde.

Dans les Ulcéres où l'os eſt carié, il s'éleve pareillement au-deſſus du niveau de la peau beaucoup de chair flaſque & mollaſſe. Mais comme la carie eſt la cauſe de ce déſordre; on ne doit pas attendre qu'il ceſſe, juſqu'à ce que la partie cariée de l'os ſoit ſéparée ; & chaque fois qu'on voudra appliquer les eſcarotiques, on ne fera autre choſe que de renouveller les douleurs du malade, ſans aucune utilité.

Dans les Ulcéres écrouelleux des glandes, & même de preſque toutes les parties, ces ſortes d'excroiſſances ſont fort communes. Mais avant que d'eſſayer les puiſſans eſcarotiques, je conſeille de ſe ſervir de l'onguent chargé de beaucoup de précipité, & d'appliquer une compreſſe auſſi ſerrée que le malade pourra la ſoutenir ſans douleur. Par ce moyen on diminuera ordinairement les chairs fongueuſes.

Quand l'excroiſſance eſt carcinomateuſe, & qu'elle ne vient pas d'un gros cancer, mais ſeulement de la peau, la coutume a été de recommander le cautére actuel. J'ai trouvé néanmoins qu'il étoit plus ſûr de l'emporter entiérement en coupant par-deſſous, & de panſer enſuite la Plaie avec de doux topiques. Au reſte les cas où l'on peut mettre en uſage l'une ou l'autre de ces méthodes, ſont fort rares.

Quant au traitement des Ulcéres carcinomateux & incurables, les Chirurgiens ont enfin découvert après pluſieurs expériences, que les appli-

cations les plus convenables ſont celles qui les ſoulagent le plus. Ainſi les eſcarotiques n'y doivent jamais être employés ſous quelque prétexte que ce ſoit ; & dans les endroits du cancer, qui ſont rongés & creuſés par la matiére, il ne faut pas non plus ſe ſervir du précipité pour attirer la ſuppuration, ou pour aider la ſéparation des eſcarres. Le meilleur parti eſt de conſulter le malade même ſur le reméde qui lui a fait plus de bien, afin de le continuer.

Ceux que l'on preſcrit ordinairement, ſont des préparations de plomb. Mais ce que j'ai trouvé de meilleur, a été quelquefois de la charpie ſéche toute ſeule, lorſqu'elle ne s'attache pas au cancer ; d'autres fois des bourdonnets chargés de Baſilicum, ou de Cerat de pierre Calaminaire ; & plus ſouvent que tout cela, des bourdonnets chargés de ſimple Cerat, ou d'onguent de blanc de Baleine ; mettant par-deſſus tout un plumaſſeau de filaſſe chargé des mêmes ingrédiens.

Les embrocations avec le lait ſur

la peau voiſine & ſur les bords du cancer, ſont utiles; mais rien ne fait tant de bien que le régime, & il doit conſiſter à vivre entiérement de lait, ou de choſes faites de lait, quoiqu'on puiſſe auſſi accorder des herbages & des légumes.

Les cautéres aux épaules ou aux cuiſſes adouciſſent encore les ſymptomes; & la manne jointe aux eaux purgatives, & donnée une ou deux fois la ſemaine, ſervira à tempérer les humeurs. Toutes les autres méthodes plus violentes irritent preſque toujours les cancers, & doivent être rejettées pour faire place à celle-ci, qui a quelquefois des effets ſurprenans, en ce que non ſeulement elle ſoulage le malade, mais encore lui prolonge la vie.

Quand les Ulcéres ou les abſcès ſont accompagnés d'inflammation & de douleur, il faut les fomenter avec des décoctions d'herbes, telles que l'Abſinthe romaine, les feuilles de Laurier & le Romarin; & quand ils ſont fort putrides & rongeans, deux

qualités qui les font nommer Ulcéres ſordides & phagédéniques, on doit ajouter de l'eſprit de vin aux fomentations; & le bandage auſſi doit être trempé dans l'eau-de-vie ou l'eſprit de vin; obſervant dans les cas où la douleur eſt grande, d'appliquer toujours des drogues adouciſſantes, juſqu'à ce qu'elle ait ceſſé.

Quant au nombre de fois qu'il faut panſer & fomenter, on peut, ce me ſemble, établir pour régle dans tous les Ulcéres, que lorſque l'écoulement eſt ſanieux & corroſif, deux fois le jour n'eſt pas trop ſouvent. Si la matiére n'eſt pas fort putride ni claire, une fois ſuffira.

Lorſque la douleur & l'inflammation ſont exceſſives, la ſaignée & les autres évacuations ſeront ſouvent utiles; & par-deſſus toutes choſes, le repos, & la ſituation horizontale. Cette derniére circonſtance eſt d'une ſi grande importance pour la guériſon des Ulcéres des jambes, que ſi le malade ne l'obſerve pas exactement, toute l'habileté du Chirurgien n'aboutira

ſouvent à rien. Car comme la mauvaiſe diſpoſition de ces Ulcéres dépend, à un certain point, de la peſanteur des humeurs qui tendent en bas; il ſera beaucoup plus avantageux d'être couché tout de ſon long, que d'être aſſis le corps droit, quoique ſa jambe ſoit poſée ſur une chaiſe; puiſque même dans cette poſture les humeurs ne laiſſeront pas de ſe porter en bas avec plus de force, que ſi l'on étoit couché.

Les Ulcéres des jambes accompagnées de Varices doivent être traités par rapport aux autres circonſtances de la maladie : car on ne peut remédier à une Varice que par l'application d'un bandage, qu'il faut même continuer un tems conſidérable après la guériſon. Le bandage le plus convenable eſt un bas étroit, qui dans ce cas eſt d'une utilité particuliére : & même ſi les jambes ſont oedemateuſes, ou ſi après la guériſon des Ulcéres, elles s'enflent quand le malade ſe tient debout, il peut le porter en toute ſureté, & il s'en trouvera bien.

Il y a des cas où une veine eſt ſimplement variqueuſe ; & quand cela arrive on peut détruire la tumeur en faiſant une ligature au-deſſus & au-deſſous, de même que pour l'Anevryſme. Mais cette opération ne ſe doit pratiquer que lorſque la Varice eſt groſſe & douloureuſe.

Les Ulcéres qui ont duré pluſieurs années, ſont très-difficiles à guérir, & dans les vieilles gens la guériſon eſt ſouvent dangereuſe ; car cela cauſe ſouvent un aſthme, une diarrhée, ou une fiévre, qui emporte le malade, à moins que l'Ulcére ne ſe r'ouvre. Ainſi dans ces cas-là il ne faut point du tout entreprendre de guérir radicalement les Ulcéres, mais ſeulement de les mettre en meilleur état, & de diminuer leur étendue. C'eſt de quoi on vient ordinairement à bout par le repos & le ſoin convenable, ſuppoſé qu'ils n'ayent pas de malignité.

On peut entreprendre avec plus de ſûreté la guériſon de ceux qui arrivent aux jeunes gens ; mais on trouve ſouvent que pour y réuſſir, il eſt néceſ-

ſaire d'exciter la ſalivation. Cependant lorſque la guériſon eſt achevée, elle n'eſt pas toujours durable. Ainſi, de quelque âge que ſoient les perſonnes, on ne ſçauroit avoir qu'une médiocre apparence de guérir des Ulcéres opiniâtres & anciens.

Dans tous ces cas néanmoins il eſt bon de purger une ou deux fois la Semaine avec le *Calomelas*, ſi le malade peut le ſoutenir, & d'ouvrir un cautére, lorſque l'Ulcére eſt preſque guéri, en vûe de continuer un écoulement, auquel le tempérament a été ſi long-tems habitué, & d'empêcher que l'humeur ne ſe jette ſur la cicatrice, & ne r'ouvre l'Ulcére.

Quand dans un Ulcére ou un Abſcès il y a des ſinus qui communiquent avec lui, & qui s'y déchargent, on les nomme *Ulcéres Sinueux*. Si ces ſinus continuent long-tems à rendre de la matiére, la ſurface de leur cavité devient dure, & alors on les appelle Fiſtules, & l'Ulcére ſe nomme Ulcére Fiſtuleux. Pareillement ſi le pus vient d'une cavité, comme dans les

Ulcéres des Articulations, de l'Abdomen, &c. l'ouverture eſt appellée Ulcére Fiſtuleux ou Fiſtule.

Le traitement de ces Ulcéres varie ſuivant les circonſtances. Si la matiére que rend le Sinus, eſt épaiſſe, un bandage ſerré & une compreſſe réuniront quelquefois les côtés oppoſés du Sinus. Si le Sinus devient gonflé dans un endroit, & la peau plus mince, paroiſſant diſpoſée à ſe rompre, il faut obliger la matiére à faire plus d'effort vers cet endroit, en bouchant l'ouverture du Sinus avec une tente; & alors faire une contr'ouverture. Souvent cela ſuffit pour tout l'Abſcès, pourveu qu'enſuite on ne ſe ſerve pas trop de tentes, ce qui enfermeroit le pus, & empêcheroit la guériſon; ou qu'on ne s'en ſerve pas trop peu, ce qui produiroit le même effet. Car un panſement entiérement ſuperficiel ſe trouve quelquefois auſſi nuiſible que les tentes, & à peu près par la même raiſon; puiſque la Plaie extérieure à qui on permet de ſe reſſerrer, & de ne plus laiſſer qu'une

petite ouverture, avant que le dedans ſoit rempli de chair, enferme la matiére preſque auſſi-bien que feroit une tente.

Ainſi pour garder un milieu dans ces occaſions, on peut tenir dans l'orifice une tente creuſe de plomb, ou d'argent, laquelle en même-tems qu'elle tient l'orifice ouvert, donne jour à la matiére. Les Abſcès où l'on fait le plus fréquemment des contr'ouvertures, ſont ceux des fractures compliquées, & des mammelles. Mais les derniers guériſſent plus ſouvent ſans dilatation, que les premiers. Néanmoins dans les uns & dans les autres, ſi la choſe eſt praticable, il faut dilater dans toute la longueur de l'Abſcès, lorſqu'après quelque tentative, la quantité du pus ne diminue point, & que les côtés de l'Abſcès deviennent plus minces; & ſi les Sinus ſont fiſtuleux, on ne doit pas attendre de guériſon ſans dilater.

Il y a auſſi beaucoup d'Abſcès écrouelleux du cou, qui ſe communiquent par des Sinus leſquels s'éten-

dent ſous des duretés conſidérables. Dans ces cas-là les contr'ouvertures ſont à propos, & ordinairement elles réuſſiſſent bien; ſans qu'il ſoit néceſſaire de dilater dans toute la longueur. Et même il eſt peu d'Abſcès écrouelleux, qui doivent être ouverts au-delà de l'endroit où la peau eſt mince.

Lorſque les abſcès des articulations fluent, la ſeule maniére de traiter la fiſtule, eſt de la tenir ouverte, avec les précautions que j'ai déja recommandées, juſqu'à ce que les Cartilages des extrémités des os étant conſumés, les deux os croiſſent & s'uniſſent l'un à l'autre; ce qui forme une ankyloſe, qui eſt la maniére la plus ordinaire dont ſe termine la guériſon des Ulcéres des articulations.

Les Plaies d'armes à feu deviennent ſouvent des Ulcéres ſinueux, & il faut alors les conſidérer ſur le pied de ceux qui ont déja été décrits; quoique les Chirurgiens ayent toujours été portés à croire qu'il y avoit dans ces ſortes de Plaies quelque choſe de plus myſtérieux que dans toutes les autres.

Mais ce qu'elles ont de terrible, vient de la contuſion violente & du déchirement des parties, & ſouvent de ce qu'il y eſt entré des corps étrangers, comme des bales, des éclats de bois, des morceaux d'étoffe,&c. S'il y avoit quelque autre force qui fît la même choſe, l'effet ſeroit abſolument le même, que par les armes à feu.

Le traitement de ces Plaies conſiſte à en ôter le plutôt qu'il eſt poſſible le corps étranger. Pour cela il faut faire mettre le malade dans la même poſture où il étoit quand il a été bleſſé. Si on ne peut retirer le corps étranger, même en faiſant par deſſus une inciſion qui ne ſoit point dangéreuſe, il faudra abandonner à la nature le ſoin de l'expulſer, & panſer la Plaie ſuperficiellement : car on ne doit pas s'attendre, qu'en la tenant ouverte avec des tentes, la bale, &c. ſorte par cette voye; & il n'y a preſque aucun cas où les tentes ſoient plus pernicieuſes que dans celui-ci, à cauſe de la tenſion violente & de la diſpoſition à la gangrêne, qui s'y trouvent incontinent.

Pour prévenir la gangrêne dans ces ſortes de plaies, & dans toutes les autres qui ſont accompagnées de contuſions violentes, il ſera à propos de ſaigner ſur le champ le malade, & auſſi-tôt après de lui donner un lavement. On panſera avec de doux digeſtifs, & on ſerrera fort peu la compreſſe & le bandage; mais on les trempera auparavant dans l'eau-de-vie ou l'eſprit de vin. La premiere fois qu'on découvrira la plaie, ſi on craint la gangrêne, on pourra employer les fomentations ſpiritueuſes, & les continuer enſuite, juſqu'à ce que le danger ſoit paſſé. Si la gangrêne ſurvient, on appliquera les remédes qui conviennent en ce cas-là.

Dans les plaies d'armes à feu il y a rarement effuſion de ſang, à moins qu'un gros vaiſſeau ne ſoit déchiré; mais la bale fait une eſcarre, qui ordinairement ſe ſépare en peu de jours, & qui eſt ſuivie d'une abondante ſuppuration. Quand la plaie en eſt à ce point, il faut la conduire ſuivant les regles établies ci-devant.

Lorſqu'un Ulcére ayant une chair mollaſſe & pourrie, fournit une plus grande quantité de matiére qu'il ne devroit, eu égard à ſon étendue, & que cette matiére eſt huileuſe & puante, il y a toute apparence que l'os eſt carié. On peut s'en aſſûrer aiſément en paſſant une ſonde à travers les chairs; & ſi on trouve de la carie, cela s'appelle un Ulcére avec carie. Le moyen principal pour le guérir, eſt d'enlever la partie cariée de l'os; ſans quoi la guériſon eſt impoſſible; comme nous voyons quelquefois dans de petits Ulcéres de la machoire inférieure, leſquels provenant originairement d'une dent gâtée, ne guériſſent point, que la dent ne ſoit arrachée.

Les caries qui viennent de ce que le pus des abſcès ſéjourne trop longtems ſur l'os, ſont celles qui donnent le plus d'eſpérance de guériſon. Les caries véroliques ont très-ſouvent une fin heureuſe, parce qu'elles occupent d'ordinaire le milieu & le côté extérieur des os les plus épais, qui

ſont

ſont capables d'exfoliation. Mais les caries écrouelleuſes, où les extrémités entieres autrement les parties ſpongieuſes des os ſont affectées, ſont extrêmement dangereuſes. Cependant les os peuvent être tumefiés, ſans être néceſſairement attaqués de carie pour cela; & il y a quelquefois des Ulcéres à la peau qui les couvre, leſquels ne communiquent point avec l'os, & par conſéquent guériſſent ſans exfoliation.

La méthode de traiter les Ulcéres avec carie, eſt d'appliquer un cauſtique de même étendue que la lame oſſeuſe qui doit s'exfolier; & après avoir découvert l'os, d'attendre que l'endroit carié ſe ſépare ſans violence; & alors conſolider la plaie. Je dis, ſans violence; parce que les petites piéces d'os raboteuſes qui reſteroient, ſi on forçoit l'exfoliation, ſans attendre que la partie cariée fût entierment libre & débaraſſée de la partie ſaine, cauſeroient de petites ulcérations, & retarderoient beaucoup la guériſon.

On a inventé différentes applica-

tions pour faire exfolier l'os plus vite. Mais celle qui dans tous les tems a été le plus en uſage, eſt le cautére actuel, avec lequel les Chirurgiens brûlent chaque jour, ou de deux en deux jours, l'os découvert, afin de deſſécher, diſent-ils, l'humidité, & par ce moyen procurer la ſéparation. Mais comme cette pratique n'eſt jamais d'une grande utilité, & qu'elle eſt toujours cruelle & douloureuſe, elle eſt aujourd'hui aſſez univerſellement rejettée. En effet, ſi on conſidére l'état d'une plaie, quand une lame oſſeuſe en eſt ôtée, il n'eſt preſque pas douteux, que le feu ne retarde plutôt qu'il ne hâte l'exfoliation. Car comme chaque lame d'un os carié eſt chaſſée par de nouvelle chair, qui s'engendre entre elle & l'os ſain, tout ce qui empêchera l'accroiſſement des petits grains charnus, empêchera auſſi à un certain point l'exfoliation; & c'eſt-là l'effet que doit néceſſairement produire un fer rouge appliqué ſi exactement ſur l'os.

Les circonſtances des caries des

os, & leurs diſpoſitions à s'exfolier, ſont tellement différentes l'une de l'autre, que l'expérience peut à peine faire connoître, ſi l'exfoliation arrivera plus vite avec le ſecours du feu que ſans cela : car quelquefois, ſoit avec le feu, ſoit ſans le feu, elle ne ſe fait pas en un an, & d'autres fois il ne lui faut que trois ſemaines, ou un mois. Bien plus, il m'eſt arrivé en coupant l'eſcarre faite par le cauſtique, d'enlever en même-tems une piéce conſidérable d'os exfolié.

Cependant quand il ſeroit ſimplement incertain, ſi le cautére actuel eſt avantageux ou non, la cruauté d'un tel reméde devroit le bannir entierement de la pratique. On l'emploie encore ſouvent dans ces cas-là, pour diminuer les bords fongueux qui s'étendent ſur l'os ; mais il eſt beaucoup plus douloureux que les remédes eſcarotiques. On n'aura beſoin ni du premier ni des ſeconds, ſi on tient ſur l'endroit que l'on panſe, une compreſſe exacte(*a*);ou du moins

(*a*) C'eſt-à-dire de même étendue, ni plus ni moins.

ſi on y arrête avec un bandage ſerré un morceau plat d'éponge préparée, qui ſoit de la grandeur de l'Ulcére, le morceau d'éponge ſe gonflera de tous côtés, & dilatera l'Ulcére ſans aucune douleur.

Il y a des caries d'os ſi ſuperficielles, qu'elles s'en vont inſenſiblement en petites piéces, & que la place ſe remplit de chairs. Mais dans ces cas-là il eſt à propos de racler l'os avec la Rugine, & il faut de même racler juſqu'au vif les os qui ne veulent ni s'exfolier ni pouſſer des chairs.

Dans les Ecrouelles les os du Carpe & du Tarſe ſont ſouvent affectés; mais leur nature ſpongieuſe eſt cauſe qu'ils ne guériſſent que rarement. C'eſt pourquoi lorſque ces os-là, ou même les extrémités de quelque os que ce ſoit, ſont cariées dans leur ſubſtance, il faut en venir à l'amputation. Néanmoins il y a des exemples, où après un long panſement les eſquilles d'os, & quelquefois toute la ſubſtance des petits os, ſe ſont ſéparés, & la complexion du malade

ſe rétabliſſant, l'Ulcére s'eſt conſolidé. Mais de tels exemples ſont ſi rares qu'on n'y doit pas beaucoup compter.

Si les os cariés ſentent mauvais, on peut les panſer avec des bourdonnets trempés dans la teinture de Myrrhe; autrement, ceux de charpie ſeche ſont plus commodes, & tiennent mieux en état les bords de l'Ulcére, qu'aucun autre doux topique qu'on y appliqueroit.

On regarde généralement les Brûlures comme une eſpece particuliere d'Ulcére; & on les a traitées avec un plus grand nombre de différentes applications, qu'aucune autre ſorte d'Ulcére, chaque auteur ayant inventé quelque nouveau reméde pour ôter le feu, comme on dit; & même l'idée d'une certaine quantité de feu qui reſte dans la partie brûlée, a fait eſſayer des remédes également bizarres & douloureux. Cependant ceux qui parlent ſi ſérieuſement de feu dans les plaies, ne croyent pas qu'il en reſte du tout dans un bâton à

demi brûlé, & qui ne brûle plus; quoique la raiſon ſoit la même pour les brûlures de la chair, que pour celles d'un bâton.

Quand les brûlures ſont ſuperficielles, & ne cauſent point tout-à-coup de veſicules, l'eſprit-de-vin, à ce qu'on prétend, ſoulage le plus promptement. Je ne ſuis pas bien aſſûré, s'il vaut mieux que les embrocations d'huile de graine de lin; mais il eſt fort employé par quelques gens que leur métier expoſe à de fréquentes brûlures.

Si la brûlure eſt ſuivie d'excoriation, rien n'eſt plus commode, à mon avis, que d'envelopper doucement la partie d'un bandage trempé dans l'huile de lin, ou dans un mélange d'onguent de fleurs de Sureau & d'huile.

Lorſque les excoriations ſont fort ſenſibles, le lait chaud qu'on laiſſe dégouter deſſus à chaque panſement, ſoulage beaucoup; ou ſi le malade peut ſupporter une flanelle appliquée chaudement, après en avoir expri-

mé le lait, ce ſera peut-être encore mieux.

Si la brûlure a formé des eſcarres, on peut les panſer avec le Baſilicum. Cependant l'huile de Lin ſeule eſt ordinairement ce qui adoucit le plus; & dans ces ſortes d'Ulcéres tout ce qui adoucit le plus, eſt le meilleur digeſtif.

J'ai quelquefois trouvé néceſſaire d'appliquer différens onguens ſur des brûlures qui avoient preſque la même apparence extérieure, & en les changeant, le malade ſe plaignoit d'une grande douleur; tellement qu'on eſt quelquefois obligé de déterminer ce qui convient, par le moyen de l'eſſai qu'on fait de divers remédes.

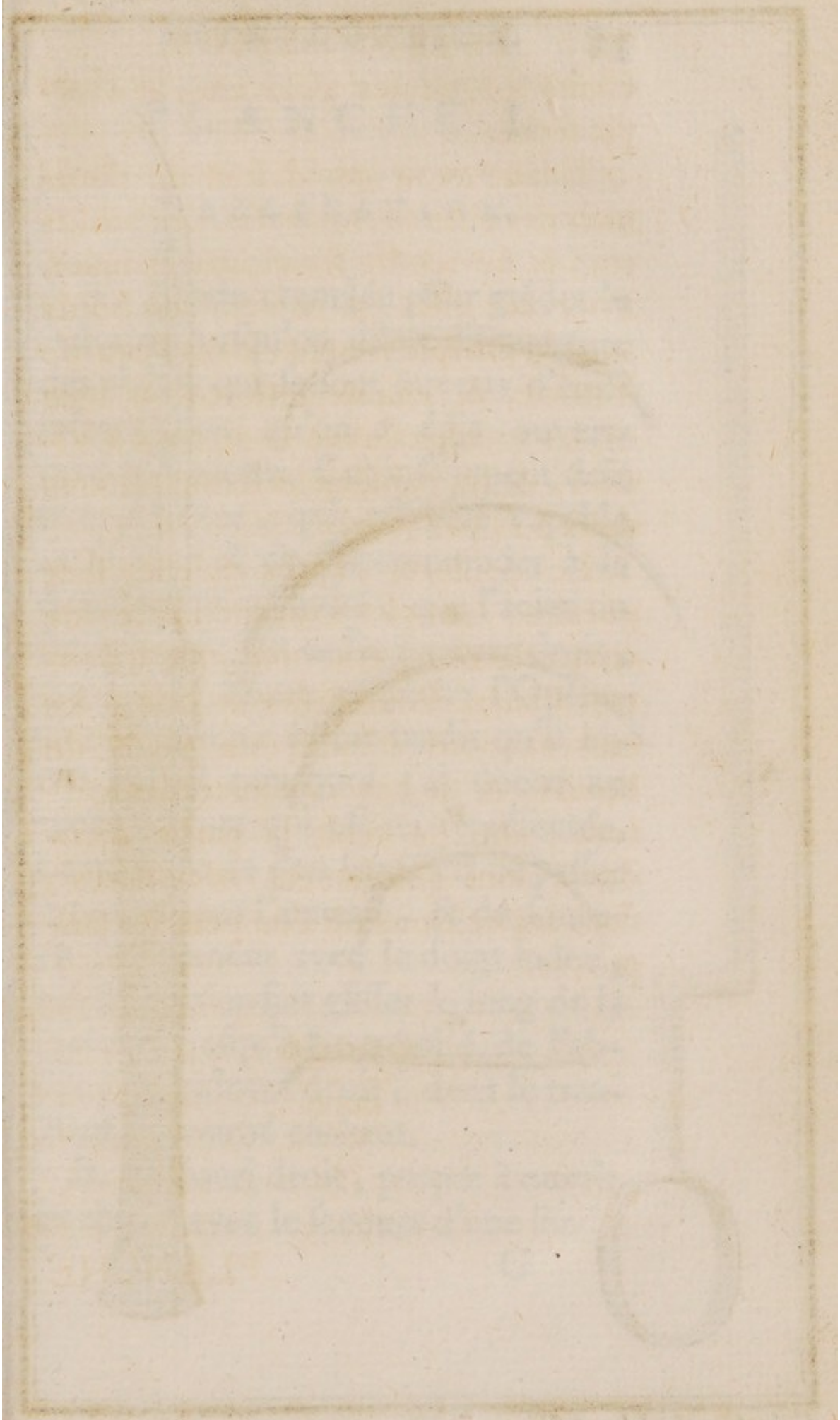
Ceux qui paroiſſent les meilleurs dans le commencement, ſont l'huile de graine de lin, l'onguent de fleurs de Sureau, le Baſilicum, & le ſimple Cerat; enſuite le Cerat de pierre Calaminaire, l'onguent deſſicatif rouge, l'onguent de Blanc de Baleine, le *Nutritum*, où il n'entre que peu de vinaigre; ou peut-être, quand les

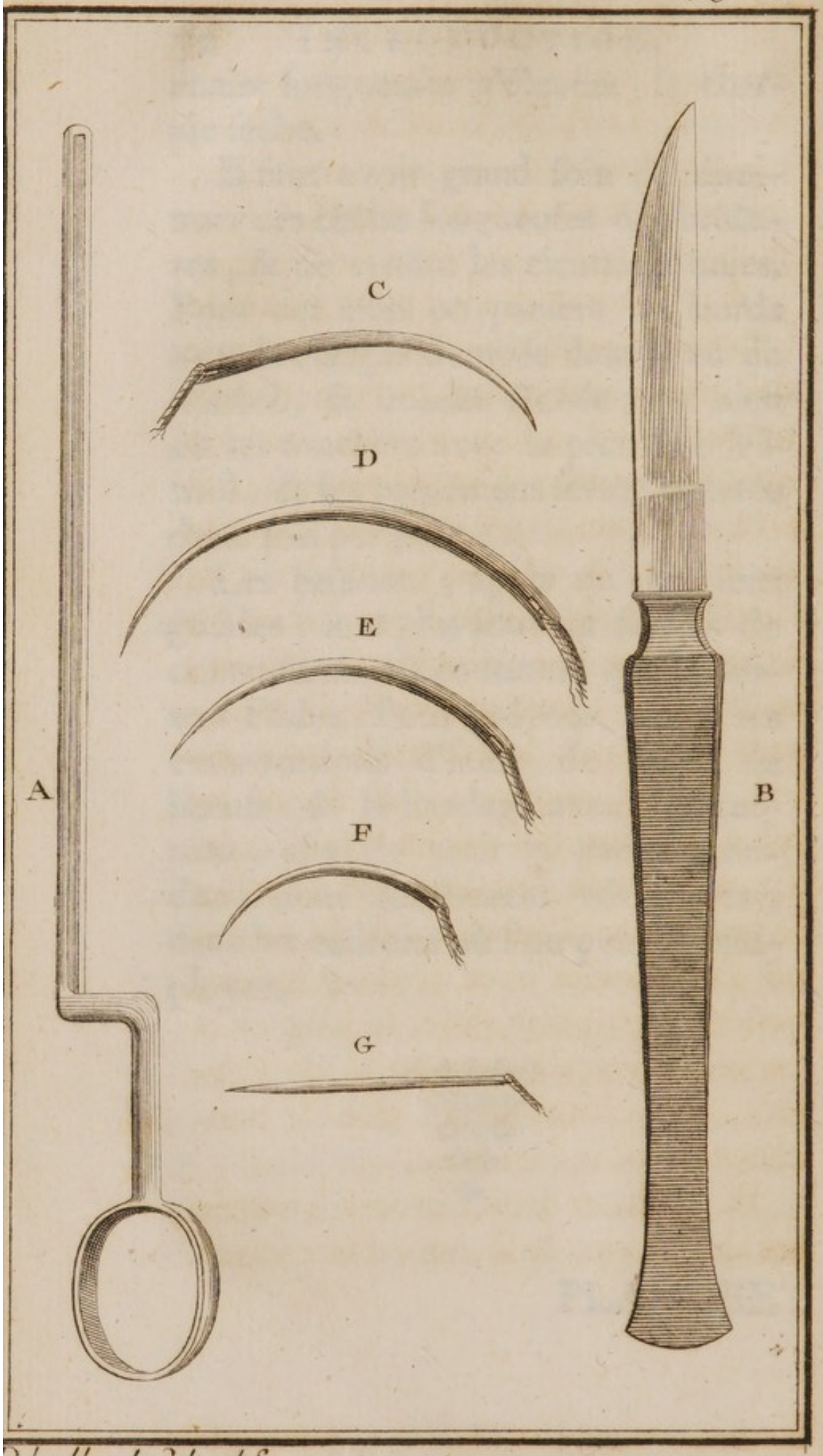
chairs fongueuſes s'élevent, la charpie ſéche.

Il faut avoir grand ſoin de diminuer ces chairs fongueuſes des brûlures, & de rendre les cicatrices unies. Pour cet effet on panſera les bords avec la charpie trempée dans l'eau de Vitriol, & enſuite ſéchée; ou bien on les touchera avec la pierre de Vitriol, & les panſemens ſeront réiterés deux fois par jour.

Les brûlures, après qu'elles ſont guéries, ſont plus ſouvent ſuivies de contractions ou coutures, que les autres Plaies. Pour prévenir cela, les embrocations d'huile de pieds de bœufs, & le bandage avec des cartons, afin de tenir la partie étendue, ſont abſolument néceſſaires, dans les endroits où l'on peut les employer.

PLANCHE





D heulland. del. et Sep

PLANCHE I.

EXPLICATION.

A. Sonde crenelée pour guider le biſtouri, lorſqu'on dilate l'ouverture des abſcès qui ſe ſont ouverts d'eux-mêmes, ou qu'on a déja ouverts avec la lancette. Cet inſtrument doit être d'argent, qui eſt plus capable de ſe plier & de s'accommoder à la direction de la cavité, que l'acier ou le fer. On le fait ordinairement droit, mais cette forme empêche l'Opérateur de le tenir ferme tandis qu'il inciſe. C'eſt pourquoi j'ai donné au mien la figure qui eſt ici repréſentée. La maniere de s'en ſervir eſt de paſſer le pouce dans l'anneau, & de ſoutenir l'inſtrument avec le doigt index, pendant qu'on fait gliſſer le long de la crenelure juſqu'à l'extrémité de l'abſcès, un biſtouri droit, dont le tranchant eſt tourné en-haut.

B. Biſtouri droit, propre à ouvrir les abſcès avec le ſecours d'une ſonde

crenelée ; mais il y a peu d'autres cas où il ſoit préférable au biſtouri courbe.

C. Eguille courbe, dont le bord convexe & le bord concave ſont coupants. On ne s'en ſert que dans la ſuture du tendon. Elle eſt mince, afin qu'en paſſant à travers un corps auſſi grêle que le tendon, elle ne bleſſe qu'un petit nombre de fibres. Cette éguille eſt aſſez large pour la ſuture du tendon d'Achille.

D. Groſſe Eguille courbe néceſſaire pour lier certains vaiſſeaux. Elle doit être employée avec une ligature de la groſſeur de celle dont elle eſt ici enfilée, lorſqu'on veut lier les vaiſſeaux Spermatiques dans la Caſtration, ou les Arteres Crurales & Brachiales dans l'Amputation. On peut encore ſe ſervir de cette Eguille pour la ſuture des plaies profondes.

E. Eguille courbe, avec un fil de la groſſeur ordinaire. Elle n'eſt pas de beaucoup trop petite pour les plus gros vaiſſeaux, ni de beaucoup trop groſſe pour les plus petits. Ainſi cet-

te Eguille eſt celle qui convient pour lier le plus grand nombre des vaiſſeaux dans une Amputation. Elle eſt encore d'une groſſeur convenable pour la ſuture de la plûpart des plaies.

F. Petite Eguille courbe, avec un fil pour lier les arteres moins conſidérables, comme celles du péricrane, & celles de la peau, que l'on bleſſe en ouvrant les abſcès.

Les Ouvriers qui font ces Eguilles, doivent avoir grand ſoin de leur donner une trempe convenable. Car ſi elle eſt trop molle, la force qu'on emploie quelquefois pour les pouſſer à travers la chair, les fera plier. Si elle eſt trop dure, elles caſſeront. Ces deux accidents embaraſſeront beaucoup le Chirurgien, s'il n'eſt pas muni d'un nombre ſuffiſant d'Eguilles.

Il eſt encore très-important de leur donner la figure d'une portion de cercle. Cela fait qu'elles paſſent beaucoup plus aiſément autour des vaiſſeaux, que ſi elles étoient moitié courbes & moitié droites. De plus cette figure eſt abſolument néceſſaire,

quand on fait la ligature des vaiſſeaux au fond d'une plaie profonde ; car alors il eſt impoſſible de tourner une Eguille dont l'extrémité poſtérieure eſt droite, & de la conduire autour du vaiſſeau. Le côté convexe de l'Eguille eſt plat, & ſes deux bords ſont tranchans, Le côté concave eſt compoſé de deux ſurfaces, qui naiſſent des bords de l'Eguille, & qui ſe réuniſſent à une éminence ; tellement que l'Eguille a trois côtés. Cette éminence du corps de l'Eguille dans ſon côté intérieur, la fortifie extrêmement ; mais elle ne régne pas dans toute la longueur de l'Eguille, qui eſt plate vers ſon trou.

On en fait qui ſont rondes en cet endroit ; mais comme on ne ſçauroit les tenir fermes entre l'index & le pouce, elles ne ſont pas propres à être employées. On en a fait d'autres qui avoient l'éminence au côté convexe, & qui etoient plates au côté concave ; mais je ne vois aucun avantage particulier dans cette façon. Les meilleurs fils ſont ceux de lin, dont ſe

ſervent les Cordonniers. Ils ſont aſſez forts, quand il y a quatre, ſix, ou huit fils tordus enſemble & cirés; & ils ne coupent pas ſi aiſément les vaiſſeaux, que les fils qui ſont plus fins.

G. Eguille droite, comme celle dont ſe ſervent les Pelletiers, avec une pointe triangulaire. On l'emploie dans la ſuture à points continus; dans la ſuture des tendons, lorſqu'on ne préfére pas l'Eguille courbe C. & pour coudre les cadavres.

TRAITÉ
DES OPERATIONS
DE
CHIRURGIE.

CHAPITRE I.

Des Sutures.

QUAND une plaie eſt récente, & faite par un inſtrument tranchant, ſans aucune autre violence, & de telle ſorte qu'on puiſſe rapprocher avec la main les lévres l'une contre

l'autre, elles ſe réuniſſent par anaſtomoſe, ſi on les tient quelque tems exactement jointes, & s'attachent enſemble, comme une branche entée ſur une autre.

Pour les maintenir dans cette ſituation, on a inventé & pratiqué autrefois diverſes ſortes de Sutures; mais depuis quelque tems on en a fort diminué le nombre. Celles qu'on décrit principalement aujourd'hui, ſont l'Entrecoupée, celle du Pelletier, l'Emplumée, l'Entortillée, & la Seche: mais l'Entrecoupée & l'Entortillée ſont preſque les ſeules en uſage; car l'Emplumée n'eſt jamais préférable à l'Entrecoupée. Le terme de Suture ſeche eſt ridicule; puiſqu'elle n'eſt autre choſe qu'un morceau d'emplâtre appliqué en différentes manieres pour réunir les bords d'une plaie; & que la Suture du Pelletier ou à points continus, qui eſt recommandée dans les plaies ſuperficielles pour empêcher la difformité de la cicatrice, occaſionne plutôt cette difformité par le grand nombre des points d'éguille.

C'eſt pourquoi on doit la rejetter, & ſe ſervir en ſa place d'une compreſſe, ou d'un emplâtre agglutinatif. La ſeule occaſion où je la conſeillerois, ſeroit dans une plaie de l'inteſtin. Quant à la maniere de faire cette Suture, je la décrirai au Chapitre de la Gaſtroraphie.

Par la deſcription que j'ai donnée de l'état d'une plaie capable de Suture, on peut aiſément concevoir que la Suture ne convient pas, lorſqu'il y a de la contuſion, déchirement, perte de ſubſtance, grande inflammation, difficulté de rapprocher les lévres de la plaie l'une contre l'autre, ou qu'il y eſt entré quelque corps étranger. Quelquefois néanmoins un ou deux points d'éguille ſont utiles dans une plaie avec déchirement.

On défendoit autrefois les Sutures dans les plaies de la tête; mais les Modernes s'embarraſſent très-peu de cette défenſe. Cependant les mauvais effets que j'ai ſouvent vûs au ſujet de la matiére enfermée ſous le Peri-

crane, & l'avantage qu'il y a de ſe ſervir d'un bandage à la tête, m'ont convaincu que les Sutures en cette partie ſeroient beaucoup moins nuiſibles, ſi elles étoient faites avec plus de précaution.

Quand nous avons à recoudre une plaie qui n'a aucun de ces obſtacles, nous employons toujours la Suture entrecoupée, & nous paſſons l'éguille deux, trois, ou quatre fois, à proportion de la longueur de la plaie. Cependant il eſt rare qu'il faille plus de trois points.

Voici la maniere d'opérer. La plaie étant débarraſſée des caillots de ſang, & l'Aide Chirurgien ayant rapproché les bords l'un contre l'autre, de façon qu'ils ſoient parfaitement de niveau, on conduit avec circonſpection l'éguille de dehors en dedans juſqu'au fond de la plaie, & pareillement de dedans en dehors, ayant ſoin de faire la piquure aſſez loin du bord de la plaie, crainte que le fil ne déchire entierement la peau & la chair. Cette diſtance peut être

d'environ trois à quatre lignes. Les autres points d'éguille ſe font abſolument de même. Tous les fils étant paſſés, on les noue, en commençant par ceux du milieu. Mais ſi les bords de la plaie ſont tenus avec ſoin l'un contre l'autre pendant tout le tems de l'opération, comme ils doivent être, il n'importe pas beaucoup, leſquels des fils on noue les premiers.

L'eſpece de nœud la plus en uſage dans les grandes plaies eſt d'abord un nœud ſimple, ſur lequel on met une petite compreſſe de linge : on fait par-deſſus un autre ſimple nœud, puis un nœud coulant, qu'on peut lâcher en cas d'inflammation. Dans les petites plaies il n'y a pas de danger de ſe contenter d'un double nœud, ſans aucune compreſſe nouée par-deſſus ; & c'eſt la pratique la plus générale.

S'il ſurvient une inflammation un peu conſidérable, il ne ſuffira pas de lâcher le fil, il faudra le couper entierement, & l'ôter ; enſuite traiter la plaie, ſans plus faire de Suture.

Lorſque la plaie eſt petite, le moins ſouvent qu'on la panſe, c'eſt le mieux. Mais les grandes plaies rendent quelquefois beaucoup de pus; & ſi on n'a pas ſoin de faire paſſer les fils par le fond de la plaie, la matiére enfermée par-deſſous, & ne trouvant point d'iſſue, formera ſouvent des abſcès. S'il n'arrive aucun accident, il faut, après que les lévres de la plaie ſont fortement colées enſemble, ôter les fils, & panſer ſuperficiellement les ouvertures qu'ils laiſſent.

Durant le traitement on doit toujours, ſi cela ſe peut, appliquer un bandage ſur la Suture; ce qui eſt ſouvent de très-grande importance; & dans beaucoup de cas on pourra ſe ſervir du bandage à deux chefs, & fendu au milieu, qui eſt ſans contredit le meilleur.

La Suture entortillée étant principalement employée dans le Bec de Lievre, j'en donnerai la deſcription au Chapitre où je parlerai de cette maladie.

CHAPITRE II.

De la Suture des Tendons.

ON ſçait que les plaies des Tendons non-ſeulement ſe guériſſent, mais encore ſont capables de Suture, comme celles des parties charnues, quoiqu'elles ne ſe réuniſſent pas en auſſi peu de tems. Lorſqu'un Tendon eſt à moitié coupé, il cauſe d'ordinaire une douleur exceſſive, avec inflammation, &c. parce que les fibres qui reſtent ſont tiraillées & violentées par l'action du muſcle, lequel ſe contracte néceſſairement davantage, dès qu'il trouve moins de réſiſtance.

Pour prévenir cet inconvénient, ç'a été juſqu'ici une maxime inconteſtable en Chirurgie, de couper entierement le Tendon, & immédiatement après, de faire la Suture. Mais je crois que cette pratique n'eſt point à conſeiller. Car quoiqu'en coupant

le Tendon on ſoulage dans le moment, la flexion ſeule de l'articulation produira le même effet, ſi c'eſt un Tendon flechiſſeur qui eſt bleſſé. Outre cela, pour recoudre les extrémités du Tendon coupé, il eſt néceſſaire de ſituer tellement la partie, qu'on puiſſe les amener à ſe toucher l'une l'autre, & même de la maintenir dans cette ſituation juſqu'à la fin du traitement.

Si donc la ſituation eſt capable de mettre le Tendon en cet état, on peut de même l'y maintenir ſans employer de Suture, & l'on eſt encore plus sûr qu'il ne s'échappera pas; comme il arrive quelquefois par un mouvement inconſideré de l'articulation, lorſque les points de Suture ont preſque déchiré les bords de la plaie. C'eſt pourquoi je conſeille en pareil cas de s'abſtenir abſolument de Suture, & de s'en tenir uniquement à favoriſer la ſituation des extrémités du Tendon.

Si on dit que faute de le couper davantage, il n'y aura pas une inflam-

mation assez considérable pour produire une adhesion des différentes parties de la plaie, laquelle adhesion est regardée comme particuliere à cette sorte de cicatrice, quoiqu'elle se trouve également dans toutes les autres : je répons, que l'inflammation sera proportionnée à la plaie ; or certainement une petite plaie a plus d'apparence de guérir qu'une grande. Si on objecte, que de tenir la partie dans une même situation tout le tems du traitement, cela causera une contraction de l'articulation ; l'objection est également forte contre la Suture.

Et puisque je suis sur cet article, je conseille aux Chirurgiens de craindre moins les contractions après les inflammations des Tendons, qu'ils ne paroissent faire dans la pratique. Il n'est peut-être aucune regle qui ait été plus pernicieuse, que celle de se précautionner contre un tel accident ; & une méthode qu'on doit suivre pendant tout le traitement, c'est, à mon avis, de ne point gêner l'articulation dans ces maladies, &

de la tenir dans la ſituation qu'on trouve la plus commode pour le malade. Il n'y a guéres ſujet de craindre que dans ſix ſemaines il ſe faſſe une contraction incurable; au lieu que les efforts pour l'éviter ont cauſé dans trois ſemaines la perte de pluſieurs membres.

Mais quand le Tendon eſt entiérement coupé, & les bouts retirés l'un de l'autre, on peut, après les avoir rapprochés avec les doigts, y faire une Suture, ſe ſervant à cet effet d'une éguille droite, dont la pointe ſoit triangulaire, laquelle on paſſe de dehors en dedans, & de dedans en dehors, à trois ou quatre lignes de leurs extrémités, dans un petit Tendon, & à près d'un demi pouce, dans le Tendon d'Achille.

Crainte que le muſcle ne ſe contracte un peu, malgré tous les ſoins que l'on ſe donne, quelques Chirurgiens conſeillent de ne pas appliquer les bouts du Tendon exactement l'un contre l'autre, mais de les mettre un peu l'un ſur l'autre. De cette maniere

maniere y ayant de quoi pour la contraction, qui arrive toujours à un certain point, le Tendon ſe trouvera en droite ligne, & ne ſera pas racourci dans ſa longueur.

Comme la plaie de la peau eſt preſque tranſverſale, je ne voudrois pas écarter la peau en vûe de découvrir davantage du Tendon, mais plutôt la coudre avec lui; ce qui fortifiera la Suture. Le nœud de la ligature doit ſe faire comme dans les autres plaies, & les panſemens de même. Il y a une ſorte d'éguille mince & courbe, qui coupe du côté concave & du côté convexe. Elle eſt très-commode pour la Suture des gros Tendons, & doit être préférée à l'éguille droite. Pendant le traitement les panſemens doivent être ſuperficiels, & il faut tenir la partie ferme avec des cartons & un bandage. Les petits Tendons ſe réuniſſent en trois ſemaines; mais il en faut au moins ſix au Tendon d'Achille.

CHAPITRE III.

De la Gaſtroraphie.

PLUSIEURS auteurs de Chirurgie ont décrit cette Opération, & ont eu de grandes conteſtations touchant la véritable maniere de l'exécuter. Néanmoins ce qui fait la plus grande partie de leur deſcription, ne ſçauroit preſque jamais arriver dans la pratique, & le reſte que fort rarement. J'ai oui dire que Duverney, qui durant pluſieurs années pendant les guerres & la mode des duels fut le plus célébre Chirurgien de l'armée Françoiſe, avoit déclaré n'avoir jamais eu une ſeule fois occaſion de pratiquer la Gaſtroraphie, de la maniere que cette Opération eſt généralement décrite. Car quoique ce terme, dans la rigueur de l'étymologie, ne ſignifie autre choſe que la Suture d'une plaie du ventre; il ſe prend néanmoins communément pour

une plaie du ventre compliquée avec une autre de l'inteſtin.

Or les ſymptomes que l'on établit pour diſtinguer quand l'inteſtin eſt bleſſé, ne déterminent nullement avec certitude, qu'il n'eſt bleſſé que dans un endroit; & faute d'en être aſſûré, il eſt abſurde d'ouvrir l'abdomen afin de parvenir à l'inteſtin. Cela étant, l'opération de recoudre les boyaux ne ſçauroit avoir lieu, que quand ils ſortent du ventre, & qu'on peut voir où eſt la plaie, ou ſa grandeur.

S'il arrive que les boyaux ſortent ſans être bleſſés, l'affaire du Chirurgien eſt de les remettre auſſi-tôt, ſans attendre qu'il ait employé des fomentations ſpiritueuſes, ou émollientes: & au cas que les inteſtins ſoient tellement bouffis, qu'on ne puiſſe les réduire par la même ouverture, on peut avec le biſtouri ou les ciſeaux courbes, la dilater ſuffiſamment pour cet effet, ou même piquer les boyaux afin de donner iſſue aux vents, tenant pour regle dans cette opération & dans toutes celles où l'*Epiploon* ſort,

d'en agir ſuivant la méthode que je donnerai dans le Chapitre du Bubonocele.

Suppoſé donc que l'inteſtin ſoit bleſſé de façon à demander l'opération (car pour de petites piquures elle n'eſt pas néceſſaire) voici comment on peut la faire. Ayant pris une éguille droite enfilée d'un fil menu, on ſaiſit le boyau avec la main gauche, & on coud la plaie, en faiſant des points de pelletier, c'eſt-à-dire, en paſſant l'éguille à travers les bords de la plaie, allant toujours de dedans en dehors, & on laiſſe les deux bouts du fil pendre à une certaine longueur hors de l'inciſion de l'*Abdomen*. Enſuite ayant fait avec ſoin à la plaie extérieure la Suture entrecoupée, on tire le boyau par les petits fils, juſqu'à ce qu'il touche le Peritoine, afin que s'attachant à cette membrane, il ſe réuniſſe plus promptement.

Je crois cependant qu'il ſeroit plus sûr de paſſer les fils avec l'éguille droite à travers les bords inférieurs

de la plaie de l'*Abdomen*; ce qui tiendroit plus certainement l'inteſtin dans cette ſituation.

On dit que la ligature de l'inteſtin ſe trouvera au bout d'environ ſix jours aſſez libre pour être ôtée; ce qui doit ſe faire ſans violence. Durant ce tems-là il faut panſer la plaie ſuperficiellement, & que le malade ſe tienne fort tranquille, & uſe d'une diéte peu nourriſſante.

CHAPITRE IV.

Du Bubonocele.

LORSQUE l'inteſtin ou l'Epiploon ſortent de l'Abdomen pour tomber dans quelque partie, cette tumeur eſt connue ſous le nom général de *Hernie*, *Rupture*, ou *Deſcente*. Celle-ci tire ſes dénominations ſpécifiques ou de ſes différentes ſituations, ou de la nature des matiéres qu'elle contient

Quand l'inteſtin ou l'Epiploon tombent par le nombril, cela s'appelle *Hernie Umbilicale*, autrement *Exomphale*. Quand ils tombent dans l'aine par les anneaux des muſcles de l'*Abdomen*, c'eſt une *Hernie Inguinale*; ou s'ils tombent daus les bourſes, c'eſt une *Hernie du Scrotum*. Ces deux dernieres ſont connues ſous le nom de *Bubonocele*, qui néanmoins ne convient proprement qu'à la premiere. Quand l'inteſtin ou l'E-

piploon tombent ſous le ligament de Fallope, & ſuivent la route des vaiſſeaux iliaques dans la cuiſſe, cela s'appelle *Hernie crurale.*

Par rapport aux matiéres contenues qui caractériſent la tumeur, voici comme on la diſtingue. Si l'inteſtin ſeul eſt tombé, c'eſt un *Entérocele*; ſi l'Epiploon ſeul, c'eſt un *Epiplocele*; ſi tous deux enſemble, c'eſt un *Entero-Epiplocele.*

Il y a encore une autre ſorte de Hernie rapportée & décrite par les Modernes, ſçavoir lorſque l'inteſtin ou l'Epiploon ſe ſont inſinués entre les interſtices des muſcles en différens endroits du ventre. Cette Hernie a tiré ſon nom de la partie qu'elle occupe, & s'appelle *Hernie Ventrale.*

Toutes les eſpéces de Hernies des inteſtins & de l'Epiploon, ſont l'effet d'une dilatation contre nature des orifices particuliers qui leur donnent paſſage, & non pas d'un déchirement de ces orifices. Néanmoins cette derniére opinion a tellement prévalu, qu'elle a donné comme par excellen-

ce le nom à la maladie, laquelle eſt plus connue ſous le nom de Rupture, ſur-tout en Angleterre, que ſous aucun autre de ceux dont j'ai fait mention.

La Hernie de l'Aine ou du *Scrotum*, eſt la plus commune eſpéce de Rupture, & dans les jeunes enfans elle eſt très-fréquente; mais à cet âge elle eſt rarement ſuivie d'aucun accident fâcheux. L'inteſtin rentre le plus ſouvent de lui-même dans la cavité de l'*Abdomen*, lorſque la perſonne eſt couchée; du moins une légére compreſſion en vient à bout.

Pour maintenir l'inteſtin quand il eſt retourné dans ſa place, on ſe ſert aujourd'hui de Bandages d'acier ſi artiſtement travaillés, qu'étant exactement proportionnés à la partie, ils font l'office d'une compreſſe, ſans écorcher, ni même incommoder le malade. Ces inſtrumens ſont d'une ſi grande utilité, que ſi les perſonnes ſujettes aux ruptures les portoient conſtamment, je crois qu'il en mourroit peu de cette maladie. Car lorſ-

qu'on

qu'on fait l'opération du Bubonocele, on trouve ſouvent en examinant les choſes, que la néceſſité de faire cette opération vient uniquement de ce que le malade a négligé de porter un Bandage.

L'application d'un Bandage ſur ces ſortes de tumeurs, demande quelquefois beaucoup de jugement, faute de quoi nous voyons tous les jours des Bandages appliqués ſur des Bubons, ſur des teſticules durcis, ſur des Hydroceles, &c. Mais pour les Hernies que j'ai décrites, je tâcherai d'établir deux ou trois régles, qui ſerviront à déterminer plus poſitivement quand il faut ſe ſervir de Bandages ou s'en abſtenir.

Si la deſcente eſt de l'inteſtin ſeul, on le maintient aiſément par le moyen du Bandage, après l'avoir fait rentrer. Mais ſi elle eſt de l'Epiploon; quoiqu'on puiſſe le faire rentrer, cependant je n'ai jamais trouvé que cela fût d'un grand ſecours; parce que l'Epiploon demeure ramaſſé en paquet au bas du ventre, ce qui incommode,

& qu'il retombe ſi-tôt qu'on ôte le Bandage. C'eſt pourquoi voyant le peu de danger & de douleur qu'il y a dans cette ſorte de Hernie, je ne recommande jamais autre choſe qu'un ſuſpenſoire du *Scrotum*, afin d'empêcher par ce moyen l'augmentation de la tumeur.

La différence de ces deux tumeurs ſe diſtingue par l'attouchement. On ſent celle de l'Epiploon mollaſſe & ridée, & celle de l'inteſtin plus unie, flatulente, & élaſtique.

Dans une rupture de l'inteſtin & de l'Epiploon enſemble, on peut quelquefois réduire l'inteſtin; mais l'Epiploon demeure toujours dans le *Scrotum*. En pareilles circonſtances la plûpart des Chirurgiens conſeillent le ſuſpenſoire ſeul, ſuppoſant que la preſſion du Bandage d'acier, en arrêtant la circulation du ſang dans les vaiſſeaux de l'Epiploon, cauſera la mortification. Mais j'ai appris par un grand nombre d'expériences, que ſi le Bandage eſt adapté comme il faut à la partie, il fera une compreſſion

aſſez forte pour maintenir le boyau, & qu'en même tems elle ne ſera pas aſſez rude pour nuire à l'Epiploon. Ainſi quand il tombe beaucoup de l'inteſtin, quoique l'Epiploon ſe ſoit mis de la partie, le Bandage d'acier eſt convenable & ſans danger.

Il y a des Chirurgiens qui pour épargner la peine de porter un Bandage après que l'inteſtin eſt réduit, brûlent la peau qui couvre les anneaux des muſcles de l'*Abdomen*, avec un cauſtique de la grandeur d'un petit écu, & tienennt leurs malades au lit, juſqu'à ce que la plaie ſoit entiérement guérie. Leur intention eſt d'empêcher par le reſſerrement de la cicatrice que l'inteſtin ne ſort plus du ventre à l'avenir. Mais par tout ce que j'ai vû de cette pratique, le ſuccès, quoique ſouvent heureux, n'eſt pas proportionné à la douleur & à la ſujettion qu'elle cauſe: car ſi après l'opération l'inteſtin retombe, comme il arrive quelquefois, il y aura beaucoup plus de danger d'un étranglement, qu'avant qu'on eût fait une cicatrice.

J'ai conſidéré juſqu'ici la rupture comme mobile. Mais il arrive fréquemment que l'inteſtin, après avoir paſſé les anneaux des muſcles, s'enflamme. Cette inflammation groſſiſſant la tumeur, empêche la rentrée de l'inteſtin, lequel à chaque moment devenant de plus en plus étranglé, tend à grands pas à la mortification, à moins qu'on ne dilate avec un inſtrument les paſſages par où il s'eſt échappé, afin de lui donner moyen de rentrer. Cette dilatation eſt ce qu'on nomme l'opération du Bubonocele.

Il eſt rare que les malades ſe ſoumettent à cette inciſion avant que le boyau ſoit gangrêné, & qu'il ne ſoit pas trop tard pour que l'opération ſoit utile. Il y a néanmoins des exemples de gens qui ont ſurvécu à de légéres gangrênes, & même qui ont enſuite parfaitement guéri. Moi-même j'ai été témoin oculaire de la guériſon de deux malades qui quelque tems après l'opération, quand l'eſcarre ſe ſépara, rendoient leurs excrémens par la

plaie, & continuérent à les rendre ainſi durant quelques ſemaines en petite quantité. Mais à la fin le boyau étant devenu adhérant à la plaie extérieure, il ſe conſolida parfaitement.

Dans les mortifications des boyaux qui tombent du ventre dans le nombril, il n'eſt pas fort extraordinaire que toute la partie gangrênée ſe ſépare de celle qui eſt ſaine, enſorte que les excrémens ſortent toujours après cela par cette ouverture. Il y a pareillement des exemples, quoique fort rares, où la Hernie du *Scrotum* s'eſt gangrênée & a ſervi d'Anus, le malade ſe portant bien d'ailleurs. Cependant je ne rapporte ces cas que pour montrer aux Chirurgiens la poſſibilité de tels événemens, & non pour leur donner lieu de faire des prognoſtics favorables ſur la gangrêne des inteſtins; en quoi ils ſe tromperoient groſſiérement puiſqu'elle eſt ordinairement mortelle.

Avant que d'exécuter l'opération du Bubonocele, qui doit toujours ſe faire lorſque le danger eſt extrême,

il faut eſſayer des remédes plus doux, ſçavoir ceux qui peuvent diminuer l'inflammation. Quant à l'intention de ramollir les excrémens, je penſe que c'eſt une choſe fort douteuſe, ſi dans l'ileon, qui eſt ordinairement le boyau affecté, il peut y en avoir d'aſſez durs pour former l'obſtruction. En effet les Chirurgiens qui ont eu le malheur de bleſſer l'inteſtin, ont bien fait voir par les matiéres claires qui ſont ſorties auſſi-tôt après l'inciſion, que la dureté que l'on ſent, vient de la tenſion des parties, & non de quelque amas d'excrémens durcis.

Si on excepte la Pleureſie, il n'eſt peut-être aucune maladie où les ſaignées copieuſes ſoulagent plus promptement que dans celle-ci. Les lavemens réitérés l'un après l'autre juſqu'à trois ou quatre fois, ſi le premier ou le ſecond ſont retenus trop long-tems, ou rendus auſſi-tôt, ſont très-efficaces. Leur utilité ne conſiſte pas ſeulement en ce qu'ils vuident les gros inteſtins de leurs excrémens & de leurs vents, ces derniers étant fort dange-

reux ; mais encore en ce que paſſant par le Colon tout autour de l'*Abdomen*, ils tiennent lieu d'une fomentation adouciſſante.

Pendant que le malade garde le lavement, il faut humecter le Scrotum & l'aine avec des étoupes trempées dans une fomentation chaude, & enſuite exprimées. Avec ce ſecours on doit eſſayer de réduire la Deſcente.

Pour cela faites coucher votre malade ſur ſon dos, tellement que ſes feſſes ſoient conſidérablement plus hautes que ſa tête. Les boyaux ſe retireront alors vers le diaphragme, & laiſſeront place à ceux qui doivent être remis. Si après deux ou trois minutes d'efforts, vous n'en venez pas à bout, vous pouvez encore eſſayer de nouveau. Quelquefois au bout d'un quart d'heure j'ai fait rentrer des inteſtins dont je déſeſpérois abſolument, & qui ne paroiſſoient pas céder le moins du monde juſqu'au moment de la réduction. Cependant il eſt néceſſaire d'agir ici avec précau-

tion ; car il ſeroit pernicieux de manier trop rudement ces parties.

Si malgré tout cela le malade continue à reſſentir d'exceſſives douleurs, quoiqu'il ne ſoit pas aſſez mal pour faire craindre une prompte mortification, il faut appliquer un cataplaſme ſur le *Scrotum*. Celui dont je me ſers en cette occaſion, eſt compoſé d'égales parties d'huile & de vinaigre, réduites à une conſiſtence convenable avec la farine d'avoine. Au bout de quelques heures il faut réitérer la fomentation, & pratiquer les autres moyens que j'ai indiqués.

S'ils ne réuſſiſſent pas, je croirois à propos de piquer en cinq ou ſix endroits l'inteſtin avec une éguille, comme le recommande *Pierre Lowe*, ancien auteur Anglois, qui dit avoir ſouvent éprouvé les bons effets de cette méthode dans la Hernie Inguinale, lorſque tous les autres moyens étoient inutiles.

Après tout, ſi la douleur & la tenſion de la partie continuent, & s'il ſurvient des hoquets & des vomiſſe-

mens de matiére fécale, il faut en venir à l'opération. Car ſi on attend que le pouls ſoit languiſſant, qu'il y ait des ſueurs froides, que la tumeur s'affaiſe, & ſoit emphyſemateuſe, il ſera trop tard ſuivant toute apparence, d'autant que ces ſymptomes ſont aſſez évidemment ceux de la gangrêne.

Pour bien concevoir ce qui arrive dans cette opération, on doit ſe ſouvenir que dans chaque eſpéce de rupture, le Péritoine tombe avec tout ce qui fait la Hernie. Car les parties que contient l'*Abdomen*, étant enveloppées immédiatement dans cette membrane, elles ne peuvent ſe gliſſer par aucune ouverture, ſans entrainer en même tems avec elles une portion du Péritoine. Ainſi dans le Bubonocele la tumeur ſera ſituée dans la cavité du *Scrotum*, ſur la tunique vaginale & le cordon des vaiſſeaux Spermatiques.

La meilleure façon de placer le malade, c'eſt de le mettre ſur une table de trois pieds quatre pouces de haut, où on l'aſſure d'une maniére

convenable, laiſſant pendre ſes jambes. Enſuite on commence l'inciſion au-deſſus des anneaux des muſcles, au-delà de l'extrémité de la tumeur, & on la conduit vers le bas juſqu'environ le milieu de la longueur du *Scrotum*, à travers la membrane adipeuſe, laquelle on ſéparera avec fort peu de peine du Péritoine, qui eſt appellé *le ſac de la Hernie*. Après quoi la rupture ſe trouvera à découvert pour continuer l'opération.

Mais je ne ſçaurois m'empêcher de recommander encore une fois comme une choſe de grande conſéquence, de commencer l'inciſion extérieure aſſez haut par-deſſus les anneaux, puiſqu'il n'y a point de danger dans cet endroit de la plaie; & faute d'une aſſez grande inciſion, on voit quelquefois les Opérateurs les plus experts être très-longs à dilater. Si en inciſant on ouvre un vaiſſeau conſidérable, il faut en faire la ligature avant que de paſſer outre.

Lorſque le Péritoine eſt découvert, il faut l'inciſer avec circonſpection,

afin de ne pas piquer les inteſtins ; quoiqu'à dire vrai, cet accident n'arrive pas tout-à-fait auſſi aiſément qu'on le prétend : car la quantité d'eau qui s'eſt filtrée dans le ſac du Peritoine, l'écarte ordinairement de l'inteſtin, & empêche aucun malheur ſemblable. L'écoulement d'eau qui arrive dès qu'on bleſſe le Peritoine, & l'ignorance de la ſtructure de la tunique vaginale, ont fait croire généralement, que les Hernies étoient reçûes dans la cavité de cette tunique.

Quelques-uns depuis peu ſe ſont imaginé que l'opération ſeroit plus parfaite, en s'abſtenant de bleſſer le Peritoine, & en repouſſant le ſac entier dans l'*Abdomen*, comptant de faire par ce moyen une cicatrice plus ferme, & d'empêcher plus sûrement une rechute à l'avenir. Mais outre que cette pratique n'eſt pas fondée en raiſon dans le cas même pour lequel on la recommande ; la néceſſité qu'il paroît y avoir d'évacuer les eaux qui ſouvent ſont fétides, d'emporter la

partie gangrênée de l'Epiploon, auquel on ne ſçauroit parvenir ſans l'inciſion, & enfin de laiſſer une ouverture pour la ſortie des excrémens par la plaie, ſuppoſé qu'il ſe ſépare une eſcarre de l'inteſtin, tout cela prouve inconteſtablement, ſelon moi, l'inſuffiſance de cette nouvelle méthode.

Le Péritoine étant inciſé, on parvient à ce qu'il renferme, & c'eſt la nature de ce qu'il renferme qui doit déterminer ce qu'on fera enſuite. S'il n'y a que l'inteſtin ſeul, il faut ſimplement le réduire. Mais s'il s'y trouve quelque portion gangrênée d'Epiploon, il faut la couper abſolument. Pour cet effet on conſeille de faire une ligature au-deſſus de l'endroit que l'on bleſſe, afin de prévenir une hémorrhagie. Mais cette précaution eſt entiérement inutile, & même pernicieuſe à un certain point, d'autant qu'elle fait rebouffer l'inteſtin, & dérange ſa ſituation, ſi la ligature lui eſt contigue.

Pour moi je regarde les Plaies de l'Epiploon comme dangereuſes. C'eſt

pourquoi je ne ſçaurois me diſpenſer en cet endroit de l'Opération, d'avertir de ne rien couper de l'Epiploon, à moins qu'il ne ſoit certainement gangrêné; & quand cela arrive, je crois qu'il eſt à propos de ne couper qu'une portion de ce qui eſt gangrêné, laiſſant le reſte ſe ſéparer dans l'*Abdomen*; ce qui peut ſe faire avec autant de ſûreté, que ſi on en laiſſe la même quantité au-deſſous de la ligature.

Lorſqu'on a coupé l'Epiploon on dilate la Plaie; & pour le faire ſans danger on a inventé une infinité d'inſtrumens; mais il n'en eſt point, à mon avis, dont on puiſſe ſe ſervir dans ce cas auſſi heureuſement que du Biſtouri: & j'ai trouvé dans l'Operation que mon doigt m'empêchoit mieux de piquer l'inteſtin, que la ſonde crenelée dont je voulois faire uſage. Le Biſtouri doit être un peu courbe, & mouſſe à ſon extrémité, comme le bout d'une ſonde.

Quelques Chirurgiens n'ont peut-être pas la main aſſez sûre pour cou-

per adroitement avec le Biſtouri ; ainſi ils peuvent faire l'inciſion avec les Ciſeaux courbes, introduiſant avec circonſpection une des lames entre l'inteſtin & la circonférence des anneaux, & dilatant par en haut.

Quand on n'emploie que le doigt & le Biſtouri, la maniere de faire l'Opération eſt d'abbaiſſer le boyau en le preſſant avec l'index, & de conduire le Biſtouri entre le doigt & les muſcles, de ſorte qu'on dilate par en haut environ un pouce ; ce qui eſt une inciſion ſuffiſante.

L'ouverture étant faite, on repouſſera peu à peu l'inteſtin dans l'*Abdomen*, & on recoudra la plaie. Quelques-uns conſeillent en ce cas la Suture emplumée, & d'autres l'entrecoupée, que l'on fait paſſer à travers la peau & les muſcles. Mais comme il n'eſt pas fort dangereux que les boyaux retombent, lorſqu'on a panſé & appliqué le bandage, & que le malade demeure couché ſur ſon dos pendant tout le traitement ; & qu'en tout cas on peut prévenir

ce danger par un ou deux points légers de Suture, ſeulement à travers la peau : je crois qu'on doit ſuivre entiérement cette méthode ; puiſque le ſerrement que cauſe une Suture dans ces parties tendineuſes, ne ſçauroit manquer d'être dangereux.

En décrivant juſqu'à préſent le Bubonocele, j'ai ſuppoſé qu'il étoit libre & dégagé dans ſon ſac & dans le *Scrotum*. Mais quelquefois dans l'Opération nous trouvons une adhérence, non-ſeulement de la ſurface extérieure du Peritoine à la tunique Vaginale & aux vaiſſeaux Spermatiques, mais encore de quelque portion des inteſtins à la ſurface interne du Peritoine ; & dans ce cas les parties ſont tellement confondues enſemble, que le Chirurgien eſt ſouvent obligé d'extirper le Teſticule, pour ſéparer & débarraſſer l'inteſtin. Néanmoins ſi on peut en venir à bout ſans la caſtration, on doit le faire.

Au reſte je crois que cet accident eſt rare, excepté dans les Deſcentes qui ont été long-tems dans le

Scrotum ſans être réduites. En pareil cas l'opération eſt ſi difficile & ſi hazardeuſe, qu'à moins d'y être contraint par les ſymptomes d'un inteſtin enflammé, je ne voudrois pas l'entreprendre.

Je ſçais deux exemples de perſonnes, qui ſe trouvant extrêmement incommodées par le poids d'une ſemblable Hernie dans le *Scrotum*, quoiqu'elles ne ſouffriſſent pas d'ailleurs, voulurent qu'on leur fît l'opération. Mais l'évenement fut mortel dans l'une & dans l'autre. Ce qui doit rendre les Chirurgiens très-circonſpects à ne pas mettre aiſément la vie en danger, ſimplement pour être mieux; & doit apprendre aux malades à ſe contenter d'un ſuſpenſoire, quand ils ſont dans cet état.

Le premier panſement de la plaie ſe peut faire avec la charpie ſeche, & les ſuivans comme nous avons enſeigné dans l'Introduction.

L'Opération du Bubonocele dans les femmes reſſemble ſi fort à celle qui ſe fait ſur les hommes, qu'elle

n'a

n'a pas beſoin d'une deſcription particuliere. On remarquera ſeulement que dans les femmes la Hernie eſt formée par l'inteſtin ou l'Epiploon, qui en ſuivant le paſſage du ligament rond, tombe dans l'aine, ou dans les lévres de la Vulve. Là il cauſe les mêmes ſymptomes que lorſqu'il eſt arrêté dans le *Scrotum*; & il doit être réduit par la dilatation de ce paſſage.

CHAPITRE V.

De l'Epiplocele.

ON a vû des exemples où il étoit tombé dans le *Scrotum* une ſi grande quantité de l'Epiploon, que tirant en bas l'eſtomac & les boyaux, il cauſoit le vomiſſement, l'inflammation, & tous les autres ſymptomes du Bubonocele.

Dans ce cas il eſt néceſſaire d'ouvrir le *Scrotum*. L'inciſion doit ſe faire de la même maniere que pour la Deſcente de l'inteſtin, & on doit obſerver, par rapport à l'Epiploon, les mêmes regles qui ont été établies au Chapitre précédent. Il eſt néceſſaire pareillement de dilater les anneaux des muſcles; autrement, quoiqu'on ait coupé une partie de l'Epiploon gangrêné, le reſte qui eſt hors de ſa place, & qui ſe trouve étranglé au paſſage, ſe gangrênera auſſi.

La plaie doit être traitée tout com-

me après l'Opération du Bubonocele ; & l'expérience m'a appris que l'Opération de l'Epiplocele doit ſe faire uniquement pour la même raiſon qui oblige à celle du Bubonocele, ſuivant que je l'ai expliqué en parlant de cette maladie.

Il y a beaucoup de gens tellement incommodés de leurs Deſcentes, quoiqu'elles ne leur cauſent pas de douleur, que pour peu que des Chirurgiens célébres les encouragent, ils ſe ſoumettent volontiers à tous les moyens de guériſon qu'on leur propoſe. Mais comme j'ai vû deux ou trois malades, parfaitement ſains d'ailleurs & vigoureux, périr fort peu de jours après l'Opération ; cet évenement, quoique très-ſurprenant, doit apprendre à ne point traiter un Epiplocele par cette méthode, à moins qu'il ne ſoit accompagné d'inflammation, &c.

CHAPITRE VI.

De la Hernie Crurale.

CETTE eſpece de Deſcente eſt la même dans les deux ſexes. Elle eſt produite par la chûte de l'Epiploon ou de l'inteſtin, ou de tous les deux enſemble, dans l'intérieur de la cuiſſe, à travers l'arcade que forme l'os *Pubis* & le ligament de Fallope, dans l'endroit où les vaiſſeaux Iliaques & les tendons du muſcle *Pſoas* & de l'Iliaque interne ſortent de l'Abdomen.

Les Chirurgiens doivent bien prendre garde à cette maladie; car elle produit les mêmes ſymptomes que les autres Ruptures, & doit d'abord être traitée ſuivant la même méthode. La façon d'opérer dans la réduction ne différe pas non plus, ſi ce n'eſt qu'au lieu de dilater les anneaux des muſcles, on dilate le ligament. Ainſi décrire cette Opération, ſeroit purement répeter ce que j'ai dit du Bubonocele.

CHAPITRE VII.

De l'Exomphale.

CETTE Hernie eſt cauſée par la ſortie de l'inteſtin, ou de l'Epiploon, ou de tous les deux enſemble, à l'endroit du Nombril. Elle demande rarement une opération : car quoique la maladie ſoit commune, elle ſe forme néanmoins la plûpart du tems par degrés, étant fort peu de choſe dans le commencement ; & ſi la tumeur ne rentre pas dans l'*Abdomen*, en ſe tenant couché ſur le dos, il y a toute apparence qu'elle eſt adhérente, ce qui n'eſt pas une grande incommodité pour le malade. Les choſes demeurent en cet état, juſqu'à ce que tôt ou tard une inflammation ſurvenant à l'inteſtin, cauſe promptement la gangrêne & la mort ; à moins que par un grand hazard la partie gangrênée ne ſe ſépare de celle qui

eſt ſaine, dont l'extrémité fait alors l'office d'un *Anus*.

Je crois cependant que dans cette conjoncture il faut tenter la réduction, ſi on eſt appellé au commencement, quoique l'adhérence univerſelle du ſac, & de ce qu'il renferme, ſoit un grand obſtacle à la réuſſite. Le cas où l'on peut davantage eſpérer un heureux ſuccès, c'eſt quand la Rupture vient de quelque effort, ou d'une ſecouſſe ſubite, & qu'elle eſt accompagnée des accidens qui ſuivent l'étranglement de l'inteſtin.

Dans ce cas, après avoir eſſayé inutilement tous les autres moyens, l'opération eſt abſolument néceſſaire; & on peut s'en acquitter de cette maniere. Faites une inciſion un peu au-deſſus de la tumeur, au côté gauche du nombril, à travers le corps graiſſeux; puis ayant vuidé l'eau du ſac, & enlevé ce qui eſt gangrêné de l'Epiploon, dilatez l'anneau, vous ſervant du même biſtouri courbe, que dans l'opération du Bubonocele, & le conduiſant avec votre doigt.

Après cela faites rentrer l'inteſtin & l'Epiploon dans l'*Abdomen*, & panſez la plaie, en faiſant une ſuture de la peau toute ſeule.

CHAPITRE VIII.

De la Hernie Ventrale.

CETTE tumeur eſt rarement plus groſſe qu'une noix ; & comme c'eſt une maladie qui n'eſt pas fort commune, peu de perſonnes l'ont obſervée. Malgré cela il y a des cas aſſez connus pour mériter qu'un Chirurgien examine ſi le malade n'en eſt point attaqué, lorſqu'il a ſoudainement tous les ſymptomes d'une Deſcente, ſans qu'il en paroiſſe aucune au nombril, au *Scrotum*, ou à la cuiſſe. J'ai dit ci-devant que cette Hernie étoit un étranglement de l'inteſtin dans les interſtices des muſcles de l'*Abdomen*.

La maniere dont il faut dilater en cette occaſion, eſt la même que j'ai enſeignée auparavant pour les autres Hernies. Après qu'on a fait l'opération dans celle-ci, & dans tous les autres où les inteſtins ont été réduits, il

il eſt à propos que le malade porte un bandage ; car la cicatrice n'eſt pas toujours aſſez ferme dans aucune de ces Deſcentes, pour empêcher la rechûte, comme j'ai eu pluſieurs fois occaſion de m'en convaincre.

PLANCHE II.

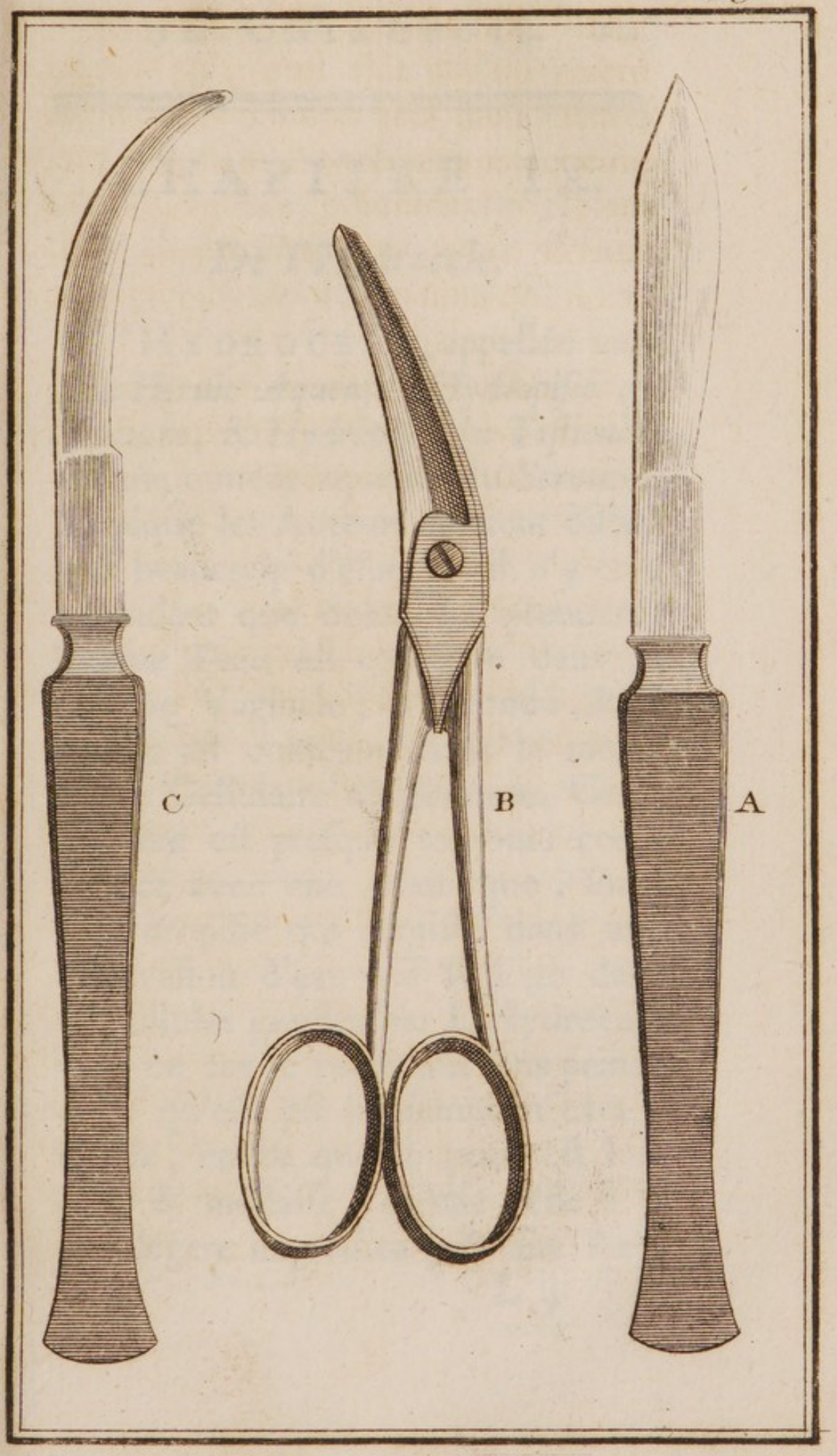
EXPLICATION.

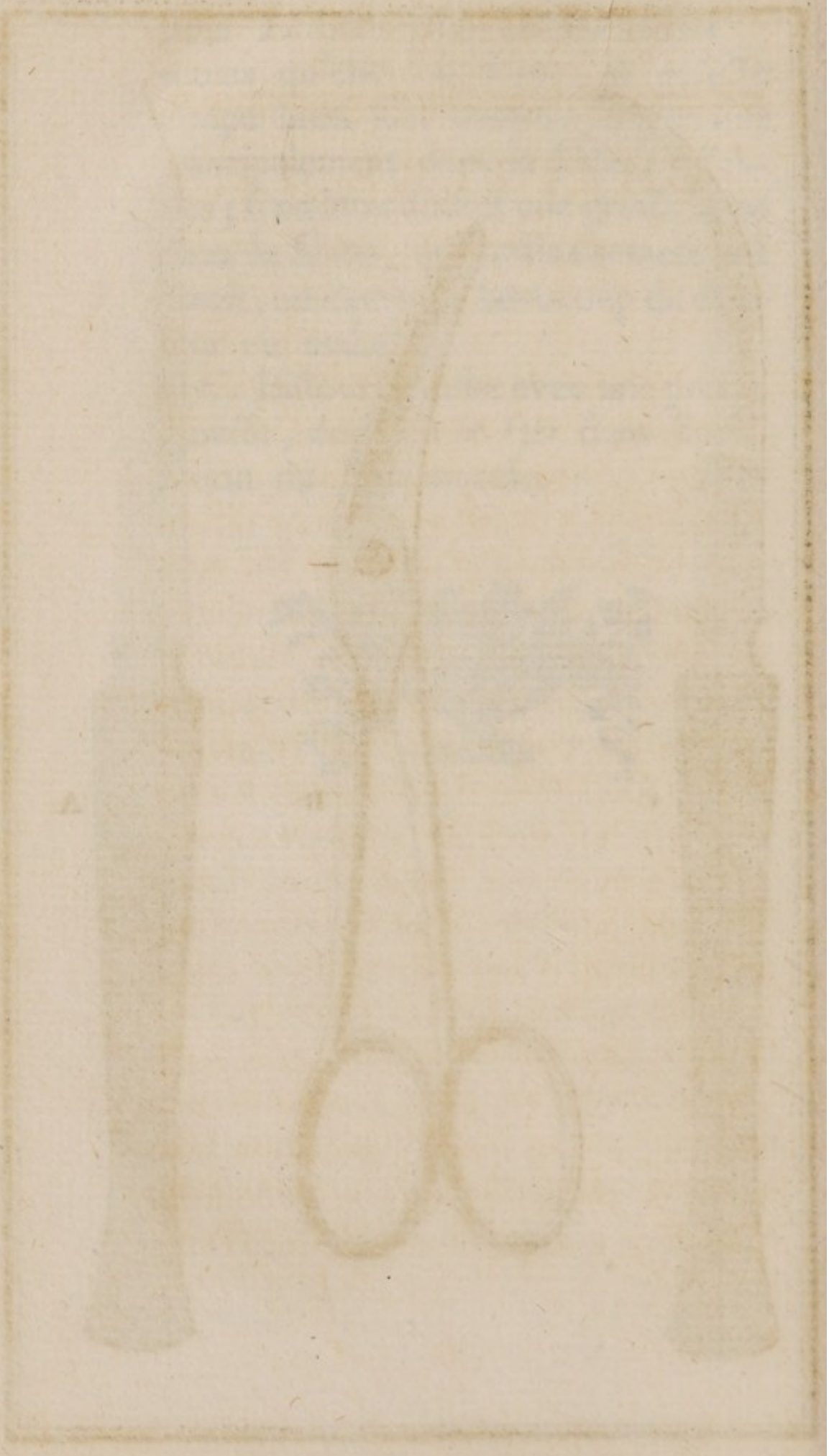
A. Biſtouri dont le tranchant eſt arrondi. Il eſt d'une grandeur convenable pour preſque toutes les opérations où l'on ſe ſert du biſtouri. La figure fera mieux comprendre la forme qu'il doit avoir, qu'aucune deſcription. On peut ſeulement obſerver que le manche eſt fait d'un bois leger, comme doivent être auſſi ceux de tous les inſtrumens, afin que le Chirurgien ſente mieux la réſiſtance que trouve la lame.

B. Ciſeaux à bouton, dont la forme n'a rien de bien particulier, ſinon que la lame inférieure doit être auſſi petite qu'il eſt poſſible ; pourveu néan-

moins qu'elle ſoit forte, & qu'elle coupe bien. Car comme on s'en ſert principalement dans la Fiſtule à l'Anus ; ſi on introduiſoit une groſſe lame dans le Sinus, qui ordinairement eſt étroit, on cauſeroit beaucoup de douleur au malade.

C. Biſtouri courbe avec une pointe mouſſe, dont on ſe ſert dans l'opération du Bubonocele.


C
B
A



CHAPITRE IX.

De l'Hydrocele.

L'HYDROCELE, appellée auſſi *Hernie Aqueuſe*, *Hydropiſie du Scrotum*, & *Hydropiſie du Teſticule*, eſt une tumeur aqueuſe du *Scrotum*. Quoique les Auteurs en aient diſtingué beaucoup d'eſpeces, il n'y en a cependant que deux. La premiere, lorſque l'eau eſt contenue dans la tunique Vaginale; la ſeconde, lorſqu'elle eſt contenue dans la membrane Cellulaire du *Scrotum*. Cette derniere eſt preſque toujours compliquée avec une Anaſarque, ſorte d'Hydropiſie qui conſiſte dans une extravaſion d'eau qui ſe loge dans les cellules graiſſeuſes. L'Hydrocele dans ce cas ſe reconnoît ſans peine; outre qu'elle eſt ſuffiſamment caractériſée, en ce que la peau eſt luiſante & mollaſſe; qu'elle céde à la plus légere impreſſion, & que l'im-

preſſion reſte quelque tems. La Verge eſt auſſi quelquefois prodigieuſement groſſie par la liqueur qui s'infiltre dans la membrane cellulaire. Tous ces ſymptomes manquent abſolument dans l'Hydropiſie de la tunique Vaginale.

Dans l'Hydropiſie de la membrane cellulaire du *Scrotum* quelques-uns recommandent de percer avec le Troicart; d'autres de faire par-ci par-là de petites ouvertures avec la pointe d'une lancette, ou de paſſer avec une éguille une petite meche de ſoie à travers la peau, mettant entre les deux ouvertures un intervalle de deux ou trois pouces, & laiſſant cette meche en maniere de Seton, juſqu'à ce que les eaux ſoient entierement évacuées. Les deux premieres méthodes ſont d'un très-petit ſecours, d'autant qu'elles n'ouvrent que peu de cellules. La derniere eſt encore moins efficace à cet égard, que les inciſions; elle eſt ordinairement beaucoup plus incommode, & même capable de cauſer la gangrêne.

Auſſi convient-il rarement de faire aucune opération du tout ſur cette partie ; puiſque la membrane Cellulaire du *Scrotum* étant une continuation de la membrane Adipeuſe, les ſcarifications faites à la peau au bas des jambes, vuideront efficacement le *Scrotum*, comme je l'ai éprouvé pluſieurs fois. Cet endroit doit être choiſi préférablement à tout autre, à raiſon de ſa déclivité qui promet un plus heureux ſuccès.

Quelquefois néanmoins il tombe dans le *Scrotum* une ſi grande quantité d'eau, qu'en le gonflant elle cauſe beaucoup de douleur, & fait craindre la gangrêne. Très-ſouvent auſſi le prépuce devient exceſſivement gros, & forme un bourlet qui empêche le malade d'uriner.

Dans ces deux cas je conſeillerois de faire avec une lancette ou un biſtouri, à chaque côté du *Scrotum*, une inciſion de la longueur de trois pouces, laquelle après avoir coupé entierement la peau, aille pénétrer dans les cellules qui contiennent l'eau ;

& d'en faire deux ou trois de la longueur d'un demi-pouce, dans quelque endroit de la Verge.

Tout cela peut s'exécuter ſans aucun danger, & quelquefois avec un tel ſuccès, que par-là on guérit l'Hydropiſie de tout le corps. Pour moi je puis aſſûrer que, quoique j'ai fait cette opération à des perſonnes qui ſe trouvoient dans un état fort languiſſant, néanmoins comme je me ſervois pour cela d'un inſtrument bien tranchant, & que je traitois enſuite les inciſions avec des fomentations & de doux digeſtifs, je n'ai jamais vû arriver de gangrêne, que tout le monde appréhende ſi fort dans cette occaſion.

L'Hydropiſie de la tunique Vaginale eſt cauſée par un épanchement contre nature de la ſéroſité qui ſe ſépare continuellement, mais en petite quantité, à la ſurface interne de cette tunique, pour humecter ou lubrifier le Teſticule, & qui s'amaſſant alors trop vîte, s'accumule & forme avec le tems une tumeur très-conſi-

dérable. C'eſt ce que j'appelle l'autre eſpece d'Hydrocele, laquelle n'eſt que d'une ſorte ; quoique depuis le tems de Celſe juſqu'à preſent les Auteurs qui ont écrit ſur cette matiere, en diſtinguent de deux ſortes ; l'une au dedans de la tunique Vaginale, & l'autre au dehors entre elle & le *Scrotum* ; & entre les cauſes que l'on aſſigne de cette maladie, la principale eſt la dérivation de l'eau qui forme l'hydropiſie Aſcite : opinion dont l'Anatomie démontre l'abſurdité, quoiqu'elle ſoit généralement reçûe. Car outre que les gens attaqués d'Hydrocele ſont rarement affligés d'autres hydropiſies, & qu'au contraire ceux qui ſont attaqués d'une Aſcite, n'ont point d'Hydrocele ; la tunique Vaginale eſt comme une bourſe entierement fermée, & ſe trouve hors de l'*Abdomen* ; tellement que d'aucune partie il ne ſçauroit y pénétrer de l'eau.

Quant à l'idée, que de l'*Abdomen* il tombe de l'eau dans l'interſtice de la tunique vaginale & du *Scrotum*,

c'eſt une choſe également impoſſible. Car quoique dans la Hernie inteſtinale le boyau tombe en cet endroit, il n'y tombe néanmoins qu'avec le peritoine; & celui-ci empêcheroit la ſortie de l'eau. Les anciens ne connoiſſoient pas cette chûte du peritoine, & les modernes n'y ont pas fait attention au ſujet de la maladie dont il s'agit.

Suivant la deſcription que nous avons donné de l'Hydrocele de la tunique vaginale, il eſt facile de la diſtinguer de celle de la membrane cellulaire.

J'expliquerai maintenant en quoi elle différe des autres tumeurs du *Scrotum*, ſçavoir du Bubonocele, de l'Epiplocele & de la groſſeur du Teſticule. En premier lieu elle n'eſt jamais ou rarement accompagnée de douleur dans le commencement, & il eſt très-rare qu'elle ſoit l'effet de quelque accident, tout au contraire de la Hernie de l'Epiploon & de l'inteſtin. Depuis le moment qu'elle commence à paroître, on ne la voit preſ-

que jamais diminuer ; mais elle va d'ordinaire en augmentant, quoique dans les uns beaucoup plus vîte que dans les autres ; puiſque dans telle perſonne elle parvient en peu de mois juſqu'à diſtendre les parties d'une maniére fort douloureuſe, tandis que dans une autre elle n'incommodera pas au bout de pluſieurs années ; qu'elle ceſſera même de groſſir étant à un certain point, & continuera toujours enſuite dans le même état, ſans nuire conſidérablement. Ce dernier cas néanmoins arrive fort rarement.

A meſure que l'Hydrocele groſſit, elle devient plus tendue ; & alors on dit qu'elle eſt tranſparente : on donne même la tranſparence pour le principal ſigne diagnoſtique de la maladie ; car on recommande toujours d'approcher une lumiere d'un côté du *Scrotum*, & on dit que s'il y a de l'eau, on verra de l'autre côté la lumiere briller à travers. Mais cette expérience ne réuſſit pas toujours, parce que le *Scrotum* eſt quelquefois très-épaiſſi, & que l'eau elle-même

n'eſt pas tranſparente. Ainſi pour juger certainement s'il y a une liqueur, il eſt beſoin de ſentir la fluctuation: & quoique quelquefois on ne la découvre peut-être pas évidemment, on peut néanmoins être perſuadé qu'il y a une ſorte de liqueur, ſi on eſt une fois aſſuré que la diſtenſion de la tunique vaginale forme la tumeur; & c'eſt ce qui ſe diſtinguera de la maniere ſuivante.

Si la tumeur eſt produite par l'inteſtin ou l'Epiploon, qui ne ſoient pas enflammés, elle ſera molle, flexible, inégale à ſa ſurface, particulierement quand elle ſera cauſée par l'Epiploon, & s'étendra entiérement depuis le *Scrotum* juſque dans l'*Abdomen*: au lieu que dans l'Hydrocele elle eſt tendue & polie, & ne va pas juſqu'aux anneaux des muſcles de l'*Abdomen*, ou ne va que juſque-là, parce que l'extrémité ſupérieure de la tunique vaginale ſe termine à une certaine diſtance de la ſurface du ventre.

Quand le Teſticule eſt groſſi, la tumeur eſt plus ronde; & ſi les vaiſ-

ſeaux ſpermatiques ne ſont pas groſſis en même tems, on diſtingue aiſément le cordon entre la tumeur, & l'*Abdomen*. Mais indépendamment de cette regle, la douleur, ou l'extrême dureté fera bien diſtinguer que c'eſt une maladie du Teſticule.

Quant au traitement de l'Hydrocele, ſoit par des topiques, ſoit par des remedes internes; après avoir eſſayé ſur un grand nombre de différens ſujets, la plûpart de ceux qui ont été inventés pour cette maladie, je n'en ai vû que très-peu d'effet. Car ſi par hazard un malade s'eſt rétabli en obſervant un régime convenable, on doit avouer auſſi qu'il y a des exemples de gens qui ont guéri, quoiqu'ils ſe négligeaſſent abſolument & ne portaſſent pas même de Suſpenſoire. C'eſt pourquoi mon ſentiment eſt, qu'on ſe tienne tranquille juſqu'à ce que la tumeur devienne incommode, & qu'alors on l'ouvre avec une lancette, qui offenſera moins la tunique vaginale, que ne feroit le Troicart. En ouvrant avec la lancette, il

peut arriver que l'orifice de la peau s'écarte de celui de la tunique, & empêche la ſortie de l'eau.

Pour obvier à cet inconvénient, on peut introduire une ſonde, & par ce moyen maintenir la plaie dans une exacte ſituation. On conſeille auſſi, comme une choſe facile à faire, de tenir le Teſticule avec la main gauche, tandis qu'avec la droite on fait la ponction. Mais quand la tunique vaginale eſt fort tendue, il eſt impoſſible de bien diſtinguer le Teſticule. Cependant je crois qu'on ne riſque pas de le bleſſer, ſi on fait l'ouverture à la partie inférieure du *Scrotum*, & qu'on ne ſe ſerve pas d'une lancette trop longue.

Durant l'évacuation il faut comprimer exactement le Scrotum; & quand l'opération eſt finie, un peu de charpie ſeche & un emplâtre agglutinatif ſuffiſent pour le panſement.

Cette méthode d'ouvrir l'Hydrocele, eſt appellée *la cure palliative*, quoique dans quelques cas fort rares, elle guériſſe auſſi radicalement la ma-

ladie. Pour prévenir la rechûte, les Chirurgiens ordonnent de faire une grande plaie, ſoit par l'inciſion, ſoit par le cauſtique, afin qu'après la conſolidation, la fermeté de la cicatrice, & la contraction qu'elle cauſe à la partie, reſſerre les vaiſſeaux lymphatiques qui ont été relâchés, & empêche à l'avenir l'épanchement contre nature des liqueurs qu'ils contiennent. Mais par tout ce que j'ai vû de cette pratique, je la trouve ſi dangereuſe, que quoiqu'elle réuſſiſſe à la fin, je penſe que tous ceux qui liront les Hiſtoires ſuivantes, ſe détermineront à la rejetter abſolument, & ſe contenteront de la cure palliative.

HISTOIRE I.

A. B. âgé de 44. ans, homme robuſte, & qui dans toute ſa vie n'avoit jamais eu aucune autre maladie, ſe mit entre mes mains pour être traité d'une Hydrocele qu'il avoit au côté gauche du *Scrotum*.

Le 3. Décembre 1733. j'évacuai

l'eau par le moyen d'une inciſion d'environ quatre pouces de longueur, que je fis à travers les tegumens. Le ſoir le malade eut de la fiévre, & ne repoſa point. Le *Scrotum* & le Teſticule de ce côté-là commencerent à s'enflammer, & les artéres capillaires, ſe dilatant, ſaignerent beaucoup. De plus il fut ſaiſi d'une violente douleur au dos; mais un ſuſpenſoire qu'on mit au *Scrotum*, la diminua conſidérablement.

Depuis le 3. juſqu'au 7. il fut toujours dans un état fort dangereux; après quoi la fiévre tendit à une criſe par la ſuppuration de la plaie & du Teſticule.

Depuis le 7. juſqu'au 24. les forces revinrent chaque jour au malade; mais l'écoulement de la matiére qui venoit du Teſticule, augmentant, & le ſinus pénétrant alors très-profondement vers la cloiſon du *Scrotum*, j'ouvris enſuite le corps du Teſticule dans toute la longueur de l'abſcès.

Depuis le 24. la ſuppuration diminua d'une maniere ſurprenante; telle-

ment qu'en ſix jours la ſurface de la plus grande partie du Teſticule s'unit avec le *Scrotum*, & qu'il n'y reſta qu'une plaie ſuperficielle, qui ſe trouva entiérement cicatriſée le 10. Janvier 1734.

Le 31. Mars 1737. cet homme continuoit de jouir d'une ſanté parfaite.

HISTOIRE II.

L'AN 1733. je fis une inciſion à travers le *Scrotum* & la tunique Vaginale à un jeune garçon d'environ huit ans, qui manqua de périr. Mais la fiévre ſymptomatique s'étant terminée à la fin par un abſcès du *Scrotum*, il fut tiré d'affaire, & il guérit en peu de ſemaines, quoiqu'avec quelque peine.

HISTOIRE III.

A. C. âgé de 37. ans, & d'un très-bon tempérament, avoit une tumeur à un côté du *Scrotum*, laquelle continuant d'augmenter durant ſix ans, il s'adreſſa à un Chirurgien, qui ap-

pliqua un petit cauſtique ſur la partie ſupérieure de la tumeur; & ayant ouvert l'eſcarre, tira près de trois chopines d'eau; mais la maladie étant revenue peu de tems après cela, j'entrepris de le guérir radicalement.

Le 15. Décembre 1736. j'appliquai ſur la partie antérieure & ſupérieure du *Scrotum* un cauſtique d'environ ſix pouces de long, & d'un pouce de large.

Le 16. Décembre ayant fait une petite ouverture à travers l'eſcarre je tirai plus d'une pinte d'eau.

Depuis le 17. juſqu'au 24. le malade ſouffrit toujours beaucoup, non ſeulement à la partie affligée, mais auſſi au dos & aux lombes, & il repoſa très-peu. Le *Scrotum* de ce côté-là devint extrêmement enflammé & épais, & la fiévre ſymptomatique très-violente, ſans que la plaie donnât aucun ſigne de ſuppuration.

Le 24. au ſoir le malade ſe trouva un peu mieux, & continua d'aller mieux juſqu'au 29. que l'eſcarre ſe ſépara. Mais la plaie avoit toujours mauvaiſe

mauvaiſe mine, & il ne paroiſſoit point de grains charnus à ſa ſurface.

Depuis le 29. Décembre juſqu'au 5. Janvier il demeura dans le même état.

Depuis le 5. juſqu'au 13. la tumeur & la douleur augmenterent un peu; & la nuit du 13. le malade fut attaqué d'un accès de fiévre, qui revint encore deux autres fois, & cela de deux en deux jours.

Depuis le 17. juſqu'au 26. la fiévre ayant ceſſé, il commença d'aller beaucoup mieux; deux abſcès au *Scrotum* s'étant ouverts dans cet intervalle.

Vers le 2. Février la douleur ceſſa entiérement, la tumeur diminua beaucoup, & la dureté ſe ramollit.

La plaie ſe cicatriſa enſuite en fort peu de jours, & le 24. Février je le laiſſai en parfaite ſanté, & ſans aucune incommodité.

Comme dans les cas précédens la vie des malades avoit été en danger, je voulus eſſayer le reméde ſuivant, ayant entendu dire qu'il avoit réuſſi à d'autres.

HISTOIRE IV.

A. D. âgé de quarante-deux ans avoit été depuis près de quatre ans attaqué d'un Hydrocele à un côté du *Scrotum*. Je lui avois fait la ponction pour cela environ douze fois, & j'avois tiré à chaque opération près d'une chopine d'eau claire.

Le 3. Janvier 1737. après avoir vuidé la tunique Vaginale, j'y injectai une once d'eſprit de vin. Dans l'inſtant le malade ſe plaignit d'une grande douleur, qui devint toujours plus violente; & le jour ſuivant le volume & l'épaiſſeur des tegumens ſe trouverent fort augmentés.

Le 7. Janvier la tenſion devint extrêmement douloureuſe; & comme j'apperçus une fluctuation, je fis une ponction, par laquelle le malade rendit environ un demi-ſeptier d'eau fort teinte de ſang, mais qui n'avoit aucune odeur d'eſprit de vin. Cela lui donna quelque ſoulagement; mais l'inflammation & l'épaiſſeur des te-

gumens continuerent un mois entier, & ſe terminerent par deux abſcès à la partie antérieure du *Scrotum*. Je les ouvris le 7. de Février ſuivant, & quand le pus fut evacué, la tumeur diſparut entiérement. Il reſta une cicatrice ferme, & la maladie fut radicalement guérie.

Un autre malade que je traitois rendit auſſi par une Hydrocele de l'eau ſanguinolente On lui avoit ſouvent fait la ponction de loin en loin, & il ſortoit de la tumeur cette ſorte de ſéroſité que fournit le plus ſouvent la tunique Vaginale. A la fin elle devint teinte de ſang, & chaque fois elle l'étoit davantage. La quatriéme fois que cet écoulement ſanguinolent arriva, il fut accompagné d'une hémorrhagie conſidérable, & ſe termina par une entiére guériſon. Quelques mois après il ne paroiſſoit aucun ſigne de rechute, comme j'eus occaſion de m'en inſtruire.

Aux Hiſtoires de maladies que j'ai rapportées ci-deſſus, je pourrois en ajouter pluſieurs autres qui ſont ve-

nues à ma connoiſſance depuis que j'ai fait ces obſervations ; & particuliérement deux cas qui furent accompagnés d'inflammation & d'abſcès, enſuite d'une ſimple ponction faite avec la lancette, & qui aboutirent l'un & l'autre à une guériſon parfaite. On peut néanmoins remarquer touchant ces deux cas, que dans l'un la tunique étoit épaiſſe & l'eau ſanguinolente ; & que dans l'autre la tunique étoit épaiſſe, & l'Epididyme groſſi & dur en conſéquence d'une Gonorrhée précédente.

Je ne prétens pas cependant conclure des accidens que j'ai rapportés, que l'Opération de l'Hydrocele ne ſe fait jamais heureuſement: je ſçai des cas où elle a réuſſi ; mais ils ne ſont pas en aſſez grand nombre pour contre-balancer ſes mauvais effets.

Il eſt remarquable qu'en examinant les différentes Hydroceles après leur guériſon, il paroiſſoit évidemment qu'elles s'étoient guéries par une adhérence complette du Teſticule à la tunique vaginale, & de la tunique va-

ginale aux parties qui l'envelopent. Cette obſervation fait aiſément concevoir de quelle maniere l'écoulement d'une eau ſanguinolente opere la guériſon. Car les inflammations des membranes produiſent preſque toujours une adhérence des parties voiſines ; & ces écoulemens ne ſont autre choſe qu'une eau mêlée avec le ſang que fourniſſent les vaiſſeaux ouverts des tuniques enflammées.

On a dit que les accidens rapportés ci-deſſus venoient apparemment de ce que la tunique vaginale étoit expoſée à l'air. Mais outre que le cas où j'injectai de l'eſprit de vin, & celui où il y eut un cauſtique appliqué & deux ponctions faites, détruiſent ſuffiſamment cette opinion ; les exemples où j'ai vû tout le *Scrotum* ſe ſéparer de la tunique vaginale dans une gangrêne, & la laiſſer à nud pendant un grand nombre de jours ſans aucun mauvais effet, montrent d'une maniére inconteſtable, que le danger dépend uniquement de l'inflammation de la tunique.

J'ai fait l'opération de la Caſtration à deux hommes, dont les Teſticules skirreux étoient auſſi attaqués d'une Hydrocele; mais toute la tunique Vaginale ayant été enlevée par l'opération, ils guérirent tous deux ſans aucun fâcheux ſymptome.

Je finirai ce chapitre par une autre ramarque ſur le grand nombre prétendu des Hydroceles. Outre celle qu'on imagine entre le *Scrotum* & les membranes inférieures, & dont j'ai déja parlé, on fait encore mention d'une ſorte d'Hydropiſie entre le muſcle *Cremcaſter* & la tunique Vaginale, appellée l'*Hydrocele enkiſtée.* Mais à mon avis il y a bien plus d'apparence qu'elle eſt au-dedans de la tunique, laquelle étant adhérente en différens endroits au cordon des vaiſſeaux Spermatiques, peut former un ou deux Kiſts entre les adhérences; & c'eſt de quoi j'ai rencontré un exemple. En effet ſi on veut refléchir ſur la cauſe d'une Hydropiſie en cette partie, on ſera obligé d'avouer qu'elle eſt uniquement renfermée au-dedans

de la tunique vaginale ; puiſque le genre de vaiſſeaux qui eſt ſuſceptible de cette maladie, ne ſe trouve qu'en cet endroit.

L'Hydropiſie du Teſticule eſt la derniere eſpece qu'on ſuppoſe ; mais je ne l'ai jamais vûe ; & en comparant la ſtructure du Teſticule avec celle des autres glandes qu'on ne prétend pas être ſujettes à l'Hydropiſie, je ſuis porté à croire qu'une telle maladie eſt un pur être de raiſon.

CHAPITRE X.

De la Caſtration.

CEST ici une des plus triſtes Opérations de la Chirurgie, puiſqu'elle ne ſe fait gueres que pour des maladies qui reviennent très-facilement, ſçavoir pour un Skirrhe, ou un Cancer ; car elle ne convient nullement dans la plûpart des cas où l'on prétend qu'elle eſt néceſſaire, comme dans l'Hydrocele, dans l'abſcès du Teſticule, dans une mortification qui augmente, ou dans ce qu'on entend quelquefois par un *Sarcocele.*

Il ne ſera pas mal-à-propos de dire un mot de cette derniere maladie. Ce terme dans ſa ſignification la plus étendue, eſt pris pour une tumeur charnue du Teſticule, laquelle eſt auſſi appellée *Hernie charnue*, ou plus ſouvent *Hernie humorale*, quand il s'agit de certaines groſſeurs telles qu'il en arrive dans la Chaudepiſſe.

Mais

Mais généralement parlant, le Sarcocele eſt regardé comme une excroiſſance charnue qui ſe forme ſur le corps du Teſticule, & qui ſe durciſſant exceſſivement, & ſe tuméfiant, eſt ſuppoſée avoir beſoin le plus ſouvent d'être extirpée, ſoit en détruiſant la dureté par le cautére, ſoit en amputant le Teſticule. Or je crains que cette maxime trop facilement reçûe, n'ai jetté les Praticiens en Chirurgie dans de très-grandes erreurs.

Pour mieux concevoir la diſtinction que je vais faire, il faut ſe ſouvenir que ce qu'on appelle le Teſticule, eſt réellement compoſé de deux parties différentes; ſçavoir une glanduleuſe, qui forme le corps du Teſticule, & une vaſculeuſe ou membraneuſe, connue ſous le nom d'*Epididyme*, qui eſt le commencement du vaiſſeau déférant, ou l'aſſemblage des conduits excrétoires de la glande.

Or il arrive quelquefois que cette partie eſt tuméfiée indépendamment du Teſticule; & comme en la touchant on ſent quelque choſe de ſemblable à

une groſſe excroiſſance qui ſeroit ſurvenue, cela répond aſſez bien à l'idée que la plûpart des Chirurgiens ſe forment d'un Sarcocele. Mais ne prenant pas garde à la nature & au tiſſu de l'Epididyme, qui ſont bien différens de ceux du Teſticule, ils ont ſouvent confondu les maladies du premier avec celles du ſecond, & ont également recommandé l'extirpation dans la calloſité de l'un & de l'autre.

Pour moi, ſans fatiguer le Lecteur par des hiſtoires particulieres des cas qui regardent ce ſujet, je dirai ſeulement, qu'après des recherches exactes j'ai conclu que toutes les duretés de la partie glanduleuſe du Teſticule, qui ne tendent ni à l'inflammation, ni à la ſuppuration, aboutiſſent preſque toujours au Skirre & au cancer; ce qui n'arrive jamais, ou n'arrive que rarement à celles de l'Epididyme. Il eſt vrai que malgré les remedes internes & externes, ces dernieres ſubſiſtent ſouvent dans le même état, & ſuppurent même quelquefois; mais dans l'un & l'autre cas, elles ne ſont pas fort dangereuſes.

Il n'eſt pas difficile de rendre raiſon pourquoi des tumeurs dans une partie qui ſemble n'être qu'un ſeul & même corps, ont néanmoins des ſuites ſi différentes. Il n'y a qu'à faire réflexion, combien le virus carcinomateux eſt diſpoſé à ſe fixer ſur les glandes, & combien l'Epididyme eſt différent d'une glande, quoiqu'il en ſoit ſi voiſin.

Ce que j'ai dit ne doit pas faire conclure, que l'épididyme ne devient jamais carcinomateux. J'avoue qu'il peut le devenir, comme auſſi toute partie du corps humain. Mais je ſoutiens que cela n'arrive jamais, ou arrive rarement, ſans que la partie glanduleuſe du Teſticule ait été la premiere attaquée. Car alors elle ne manque gueres de communiquer ſa mauvaiſe diſpoſition à l'Epididyme; lequel peu à peu ſe confond tellement avec le Teſticule, qu'il ne forme avec lui qu'une ſeule maſſe.

Avant que de procéder à l'opération de la Caſtration, c'eſt une eſpece de régle de s'informer ſi le malade

ſent quelque douleur au dos, & en ce cas là, de s'abſtenir de l'opération ; parce qu'on a lieu de préſumer que les vaiſſeaux ſpermatiques ſont pareillement attaqués. Mais il ne faut pas ſe trop preſſer de conclure ainſi ; car le ſeul poids de la tumeur en tiraillant le cordon des vaiſſeaux ſpermatiques, produit quelquefois cette douleur de dos.

Pour en ſçavoir donc la véritable cauſe, lorſque le cordon n'eſt pas groſſi, il faut que le malade garde le lit, & porte un ſuſpenſoire. S'il ne ſouffre que par le poids du *Scrotum*, il recevra du ſoulagement. Mais ſi le cordon des vaiſſeaux ſpermatiques eſt groſſi ou durci, la maladie eſt déſeſpérée, & il ne faut pas l'entreprendre.

Cette maladie quand elle eſt accompagnée d'une dilatation des vaiſſeaux du *Scrotum*, eſt décrite par les Auteurs Latins ſous le nom de *Ramex* ; quoiqu'elle ſoit encore plus connue ſous le nom Grec de *Kirſocele*, & ſous celui de *Varicocele*.

Mais ſuppoſé qu'on ne rencontre aucun obſtacle à l'opération, voici comment on peut la faire. Mettez votre malade ſur une table quarrée d'environ trois pieds & quatre pouces de haut, laiſſant pendre ſes jambes, qui ſeront tenues fermes de même que le reſte du corps, par des Aides-Chirurgiens. Faites enſuite l'inciſion avec un biſtouri, la commençant au-deſſus des anneaux des muſcles de l'*Abdomen*, afin d'avoir après cela de l'eſpace pour lier les vaiſſeaux; car manque de cette précaution, l'Opérateur ſera néceſſairement embaraſſé à faire la ligature. Coupez enſuite la membrane adipeuſe, & continuez l'inciſion vers le bas, juſqu'à ce qu'elle ſoit d'une longueur proportionnée au volume du Teſticule. S'il eſt fort petit, on peut le ſéparer entiérement avec le biſtouri, ſans rien emporter du *Scrotum*. Mais je ne ſuis pas fort amateur de cette méthode, parce qu'une ſi grande quantité de peau lâche & molaſſe forme aiſément des abſcès, & devient très-ſouvent calleuſe.

Si le Teſticule, par exemple, péſe vingt onces; après avoir fait une inciſion d'environ cinq pouces de long, & un peu circulaire, commencez-en une ſeconde au même point où vous avez commencé la premiere, & conduiſez-là, en ſuivant une direction oppoſée, juſqu'à ce qu'elle rencontre l'autre à la partie inférieure; de telle maniere que les deux inciſions forment une figure ovale, dont le diametre ſoit au moins de deux pouces.

Cela étant fait, ſéparez du *Scrotum* avec l'inſtrument le corps de la tumeur & le morceau de peau qui le couvre, ayant d'abord ſoin de lier quelques vaiſſeaux ſanguins, ſi l'hemorrhagie eſt dangereuſe. Paſſez après cela une ligature autour du cordon des vaiſſeaux ſpermatiques, aſſez près de l'*Abdomen*; & ſi vous avez de l'eſpace entre cette ligature & le Teſticule, paſſez-en une ſeconde environ demi-pouce plus bas, afin d'arrêter encore plus sûrement le ſang. On peut faire à ces ligatures le nœud

qu'on apeelle *du Chirurgien*, c'eſt-à-dire celui où l'on paſſe deux fois le fil à travers la boucle. Cela étant exécuté vous couperez le Teſticule un peu au-deſſous de la ſeconde ligature, & vous traiterez le malade comme dans les autres plaies récentes.

J'ai fait une fois cette opération à un homme dont le Teſticule peſoit plus de trois livres. Il y avoit des vaiſſeaux tellement variqueux & dilatés, qu'ils égaloient la groſſeur de l'artére Brachiale. Je ne laiſſai pas d'en lier deux ou trois des plus conſidérables, & continuant l'opération, j'emportai près des trois quarts de la peau. J'évitai par ce moyen une dangereuſe hémorrhagie; & en coupant les vaiſſeaux avant les endroits où ils ſe diviſoient en un grand nombre de branches, j'eus moins de ligatures à faire. Le ſuccès fut heureux, & le malade ſurvécut à l'opération, & à la guériſon de la plaie. Mais l'humeur carcinomateuſe s'étant jettée quelque tems après ſur le foye, elle le fit périr.

Dans les groſſes tumeurs telles que

la derniere dont j'ai parlé, il eſt très-bon de couper une grande partie de la peau ; car outre que l'hemorrhagie ſera alors beaucoup moindre, & l'opération bien plus courte ; la peau étant devenue très-mince par la forte diſtenſion qu'elle a ſoufferte, il y en aura une grande partie qui ſe gangrênera, ſi on ne l'emporte, & le reſte dégénérera plus aiſément en ulcére carcinomateux.

On peut obſerver que pour éviter de bleſſer les vaiſſeaux ſpermatiques, je ne recommande pas de pincer la peau avant que de faire l'inciſion, & enſuite de détacher violemment le Teſticule de la membrane graiſſeuſe, en pouſſant le doigt entre deux. La premiere de ces manœuvres eſt ſuperflue, & la ſeconde eſt cruelle. Toutes deux, à mon avis, ne tendent qu'à prévenir un malheur, qui eſt peu, ou point du tout à craindre.

CHAPITRE XI.

Du Phimoſis.

LE *Phimoſis* n'eſt autre choſe qu'un retreciſſement du Prépuce, en conſéquence duquel on ne peut découvrir le gland. Si ce retreciſſement va juſqu'au point d'empêcher la ſortie de l'urine; ou s'il y a des chancres ou des ulcéres ſordides tellement cachés ſous le Prépuce, qu'on ne puiſſe abſolument y appliquer des remedes, il faut l'inciſer. Il arrive quelquefois que des enfans naiſſent ſans aucune ouverture au Prépuce. Dans ce cas il ne faut pour les guérir qu'une petite inciſion, que l'on panſe enſuite avec une tente.

Mais l'opération du *Phimoſis* ſe pratique ſurtout dans les maladies Vénériennes, pour mettre à découvert les chancres qui ſont ſur le gland, ou la ſurface interne du Prépuce. Alors ſi le Prépuce n'eſt pas fort calleux &

épais, une ſimple inciſion ſuffira. Elle peut ſe faire avec les ciſeaux, ou en gliſſant un biſtouri entre la peau & le gland juſqu'à l'extrémité du Prépuce, que l'on coupe enſuite. Cette derniere méthode eſt moins douloureuſe que celle où on employe les ciſeaux. Mais il eſt beaucoup plus sûr de faire l'inciſion à l'un des côtés du Prépuce, qu'à la partie ſupérieure: car j'ai vû quelquefois de gros vaiſſeaux ſur le dos de la verge fournir une terrible quantité de ſang; ce que l'on peut éviter en ſuivant cette regle.

Si le Prépuce eſt fort gros & dur, l'inciſion ne ſera pas ſuffiſante; & il ſera mieux d'emporter la calloſité par l'opération de la Circonciſion, qui doit être faite avec le biſtouri; & ſi l'artére donne beaucoup de ſang, on en fera la ligature avec une petite éguille.

CAAPITRE XII.

Du Paraphimoſis.

LE *Paraphimoſis* eſt une maladie de la Verge, dans laquelle le prépuce eſt tellement retiré de deſſus le gland, qu'on ne ſçauroit le ramener en devant pour couvrir cette partie. Beaucoup de gens ont naturellement le prépuce ainſi retiré, ſans qu'il en arrive aucun inconvénient. Auſſi depuis le tems des Romains, dont quelques-uns regardoient comme une choſe indécente d'avoir le gland découvert, je ne trouve pas qu'on ait été dans l'uſage de faire pour ce ſujet aucune opération; mais nous voyons dans *Celſe* une deſcription fort détaillée des différentes manieres de faire celle qui ſe pratiquoit de ſon tems, & il en parle comme d'une choſe qui n'étoit pas rare.

La plûpart des *Paraphimoſes* dépendent d'une cauſe vénérienne. Quel-

ques-uns néanmoins, en des perſonnes qui ont le prépuce naturellement fort étroit, viennent d'un retirement ſubit du prépuce, ſuivi auſſi-tôt d'un gonflement du gland, qui empêche le prépuce de le recouvrir.

Il arrive quelquefois que le Chirurgien vient à bout ſur le champ de la réduction, en comprimant le bout de la Verge, tandis qu'il travaille à avancer le prépuce. S'il ne réuſſit pas de cette maniere, il doit tenir la Verge ſuſpendue; & après l'avoir fomentée & appliqué des émolliens, tenter de nouveau la réduction.

Mais ſi le bourlet qui eſt au-delà de la couronne du gland, ſerre tellement la Verge, qu'il menace de gangrêne; ou même ſi la Verge eſt fort tumefiée par la ſéroſité, qui s'accumulant dans le corps Reticulaire forme des tumeurs appellées *Criſtallines*, il faut faire avec la pointe de la lancette trois ou quatre petites inciſions ſur le bourlet & les tumeurs, ſuivant la direction de la Verge. Ces inciſions détruiront l'étranglement que

cauſoit le bourlet, & évacueront l'eau des tumeurs. On panſera enſuite avec des fomentations, des digeſtifs, & la Theriaque ſur des plumaſſeaux.

CHAPITRE XIII.

De la Paracenteſe, ou Ponction du Ventre.

CETTE opération eſt une ouverture qu'on fait à l'*Abdomen*, dans l'hydropiſie *Aſcite*, pour évacuer des eaux extravaſées, & amaſſées dans la capacité du ventre. Mais comme il eſt beaucoup plus difficile de ſçavoir quand il faut faire l'opération, que la maniere de l'exécuter, & que cela demande en quelques occaſions beaucoup de jugement & de prudence, je vais eſſayer de diſtinguer exactement les cas où elle convient, on non.

Il n'y a que deux eſpeces d'Hydropiſie; l'*Anaſarque*, nommée auſſi *Leucophlegmatie*, lorſque l'eau extravaſée ſéjourne dans les cellules du corps graiſſeux; & l'*Aſcite*, lorſque l'eau occupe la cavité du ventre.

Dans la premiere eſpece l'eau eſt claire & tranſparente. Dans la ſeconde elle eſt un peu plus épaiſſe, fort ſouvent gélatineuſe & corrompue, & même quelquefois mêlée de concretions charnues. Je ne parle point ici de la *Tympanite* ou *Hydropiſie Venteuſe* de l'*Abdomen*; comme dans le Chapitre des Hernies je n'ai point fait mention de la *Hernie Venteuſe*; parce qu'il eſt certain que l'Aſcite & le Bubonocele ont toujours été pris fauſſement pour ces maladies.

De ſçavoir ſi l'eau eſt épanchée par une rupture des vaiſſeaux lymphatiques, ou par un ſuintement à travers les pores de leurs tuniques relâchées, c'eſt ce qui n'eſt pas fort important dans la pratique de Médecine & de Chirurgie; puiſque c'eſt un fait certain, que les vaiſſeaux lymphatiques ont la faculté de reprendre quelquefois la liqueur épanchée, & de la reporter dans le courant de la circulation; après quoi elle eſt ſouvent tout-à-fait vuidée par quelque émonctoire.

Comme donc la nature eſt très-diſpoſée à l'évacuer par les reins & par les glandes des inteſtins, cela a déterminé les Médecins à aider cette ſecretion par des Diuretiques & des Purgatifs, qui emportent quelquefois entiérement la maladie. Si quelqu'un révoque en doute la poſſibilité de la guériſon, quand l'eau eſt extravaſée, il n'a qu'à injecter par une petite ouverture une chopine d'eau chaude dans le *Thorax* ou dans l'*Abdomen* d'un Chien ; & en l'ouvrant quelques heures après, il n'y en trouvera pas une goute; ce qui prouve inconteſtablement que les liqueurs peuvent être abſordées. En effet, quoiqu'on n'y faſſe pas beaucoup d'attention, c'eſt cette action abſorbante qui entretient la régularité de la circulation, par rapport à quelques-unes des ſecretions, & peut-être par rapport à toutes ; d'autant qu'elles ſurchargeroient leurs réſervoirs, ſi elles n'étoient pas ainſi repriſes. On peut éclaircir cette doctrine par l'exemple de la circulation de l'humeur aqueuſe de l'œil, que perſonne

perſonne ne doute être une liqueur extravaſée.

L'Opération de la Paracenteſe guérit rarement la maladie ; mais les Hydropiſies qui viennent ſimplement d'un appauvriſſement de ſang, ſont moins ſujettes à récidive, que celles qui ont pour cauſe une indiſpoſition précédente du foye ; & il n'eſt pas rare de voir finir heureuſement les Hydropiſies qui ſont une ſuite des fievres, des hemorrhagies, des diarrhées ; au lieu que pour celles qui ſont compliquées avec un foye skirrheux, on trouvera à peine un exemple de guériſon.

L'eau qui flotte dans le ventre doit déterminer par ſa fluctuation ſi l'Opération eſt convenable : car ſi en mettant une main ſur un côté du ventre, & frappant avec l'autre main ſur le côté oppoſé, on ne ſent aucune ondulation, on doit préſumer qu'il y aura quelque obſtacle à l'évacuation.

Il arrive quelquefois que preſque toute l'eau, ou du moins une grande

quantité, eſt contenue dans de petites Veſſies adhérentes au foye & à la ſurface du Péritoine, connues ſous le nom d'*Hydatides*; tandis que le reſte eſt renfermé dans d'autres veſſies de différente grandeur, depuis celle d'une Hydatide juſqu'à celle d'une boule contenant un demi-ſeptier, ou une chopine d'eau. C'eſt-là ce qu'on appelle *Hydropiſie Enkiſtée*. La petiteſſe de ces Kiſts rend l'opération inutile; mais elle n'eſt pas difficile à diſtinguer: car la fluctuation de l'eau n'y eſt pas ſenſible, à moins qu'il ne ſe rencontre en même-tems une extravaſion.

Quand la fluctuation ſe fait à peine ſentir, il y a toute apparence que la liqueur eſt gelatineuſe, à moins que les tegumens de l'Abdomen ne ſoient fort épaiſſis par une Anaſarque. Je l'ai trouvée ſi viſqueuſe en certains malades, qu'elle ne pouvoit paſſer par un Troicart ordinaire. C'eſt pourquoi il eſt bon d'en avoir deux de la grandeur qu'on voit dans la Planche. J'ai fait une fois la ponction à

une perſonne, dont les eaux ne purent même paſſer par un gros Troicart. Ainſi pour la ſoulager de la diſtenſion qu'elle ſouffroit, je dilatai l'orifice avec une groſſe tente d'éponge, & enſuite je tirai une prodigieuſe quantité d'Hydatides dures & bien diſtinctes, qui me parurent ne différer en rien de la nature d'un Polype qui ſe forme dans le nez.

Il y a une autre ſorte d'Hydropiſie, qui la plûpart du tems n'admet point l'opération. Elle eſt particuliere aux femmes, & a ſon ſiége dans le corps d'un ou des deux Ovaires. Je crois qu'on peut toujours la reconnoître par la dureté & l'irrégularité de la tumeur du ventre; au lieu que dans les autres Hydropiſies la tumeur eſt preſque uniforme.

Quand l'Hydropiſie attaque l'Ovaire, l'eau eſt ordinairement dépoſée dans un grand nombre de cellules qui ſont formées dans le corps de cette partie. C'eſt ce qui empêche de ſentir la fluctuation, & qui rend la ponction inutile. Quelquefois néan-

moins l'eau n'occupe qu'une ou deux cellules. Alors ſi l'Ovaire eſt fort groſſi, on ſentira aiſément l'ondulation, & l'opération ſera à propos. Je la fis une fois à une Dame qui étoit dans ce cas. Son Ovaire après la ponction ne rendit qu'un demi-ſeptier d'eau. Mais comme j'étois toujours perſuadé par le tact, qu'il y avoit un gros Kiſt, je plongeai le Troicart dans un autre endroit, & je tirai près de quatre pintes d'eau. J'eus occaſion après la mort de cette Dame de me convaincre du fait en examinant le cadavre.

Lorſque l'Aſcite & l'Anaſarque ſont compliquées, l'opération convient rarement. On peut évacuer l'eau beaucoup plus ſûrement par des ſcarifications aux jambes, que par la ponction.

Suppoſé donc que rien n'empêche de vuider l'eau, voici la maniere dont on fait la ponction. Ayant placé le malade ſur une chaiſe d'une hauteur convenable, on lui fait preſſer ſon ventre avec ſes deux mains join-

tes ; puis ayant trempé le Troicart dans l'huile, on le plonge tout d'un coup à travers les tegumens ; & retirant le Poinçon, on laiſſe écouler les eaux par la Canule. Comme l'*Abdomen*, quand il eſt rempli d'eau, reſſemble à une veſſie pleine d'un liquide, il n'importeroit en quel endroit on fît la ponction ; mais la crainte de bleſſer le foye, s'il ſe trouvoit fort tumefié, a engagé les Chirurgiens à choiſir plutôt le côté gauche, & ordinairement un endroit environ trois pouces au-deſſous & à côté du Nombril.

Si le Nombril eſt prominent, on peut faire avec la lancette une petite ponction à travers la peau ; & les eaux ſe vuideront promptement par cette ouverture, ſans aucun danger qu'il ſurvienne enſuite une Hernie, comme pluſieurs Auteurs l'appréhendent. Soit que le Chirurgien emploie la lancette ou le Troicart pour la ponction, il ne doit pas craindre de bleſſer les inteſtins : car le Meſentére les tient dans un éloignement qui

les met hors de la portée des inſtrumens. Mais quelquefois lorſque l'eau eſt preſque toute ſortie, elle eſt tout d'un coup arrêtée par l'inteſtin ou l'épiploon, qui viennent ſe mettre contre le bout de la Canule. Dans ce cas on peut les repouſſer avec une ſonde.

Pendant l'évacuation les Aides Chirurgiens doivent comprimer chaque côté du ventre avec autant de force que faiſoient les eaux qui y étoient contenues auparavant. Faute de cette précaution, le malade tombe aiſément en foibleſſe; parce que les vaiſſeaux de l'*Abdomen* étant dégagés du poids qui les preſſoit, & le Diaphragme venant à s'affaiſſer, il coule en conſéquence plus de ſang qu'à l'ordinaire dans les vaiſſeaux inférieurs; & comme les ſupérieurs ſe trouvent ſubitement déſemplis, cela interrompt le cours régulier de la circulation.

Pour obvier à cet accident, il ne ſuffit pas de comprimer avec les mains pendant le tems de l'opération; il faut

continuer enſuite la compreſſion, en ſerrant le ventre avec une bande de Flanelle, longue d'environ huit aunes, & large de cinq pouces, commençant au bas du ventre, en ſorte que les inteſtins puiſſent réſiſter au Diaphragme. On peut reſerrer chaque jour la bande juſqu'au troiſiéme ou quatriéme jour; & dans cet intervalle les différentes parties auront repris leur reſſort naturel.

Un peu de charpie ſeche & un emplatre ſuffiront pour le panſement; mais on peut mettre entre la peau & la bande une double flanelle d'un pied en quarré, trempée dans l'eau-de-vie ou l'eſprit de vin.

Quoique cette opération ne guériſſe pas ſouvent d'une maniere radicale, elle ne laiſſe pas quelquefois de prolonger la vie de bien des années, & même de la rendre fort ſupportable, principalement ſi les eaux ont été long-tems à s'amaſſer. Je ſçais différentes perſonnes à qui on a fait durant pluſieurs années la ponction une fois le mois, & qui ne ſentoient

aucune incommodité dans les intervalles, juſques vers le tems de l'opération, que la tenſion du ventre leur cauſoit de la douleur. Il y a même des exemples de malades, qui après cela ne ſont pas retombés. Au reſte l'opération eſt ſi peu douloureuſe & ſi peu dangereuſe, qu'à raiſon des grands avantages qu'elle procure quelquefois, je ne puis que la recommander comme extrêmement utile.

PLANCHE III.

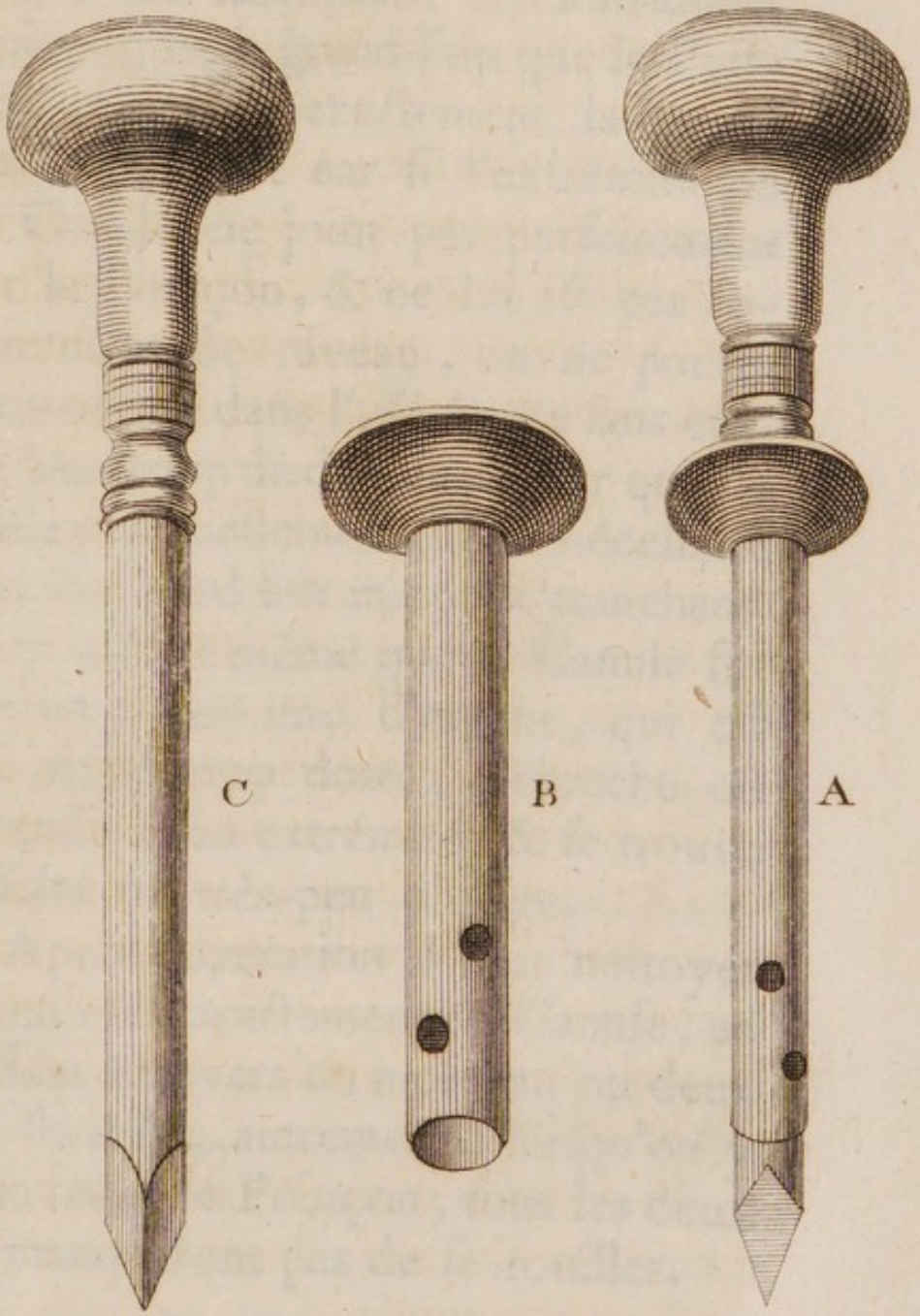
EXPLICATION.

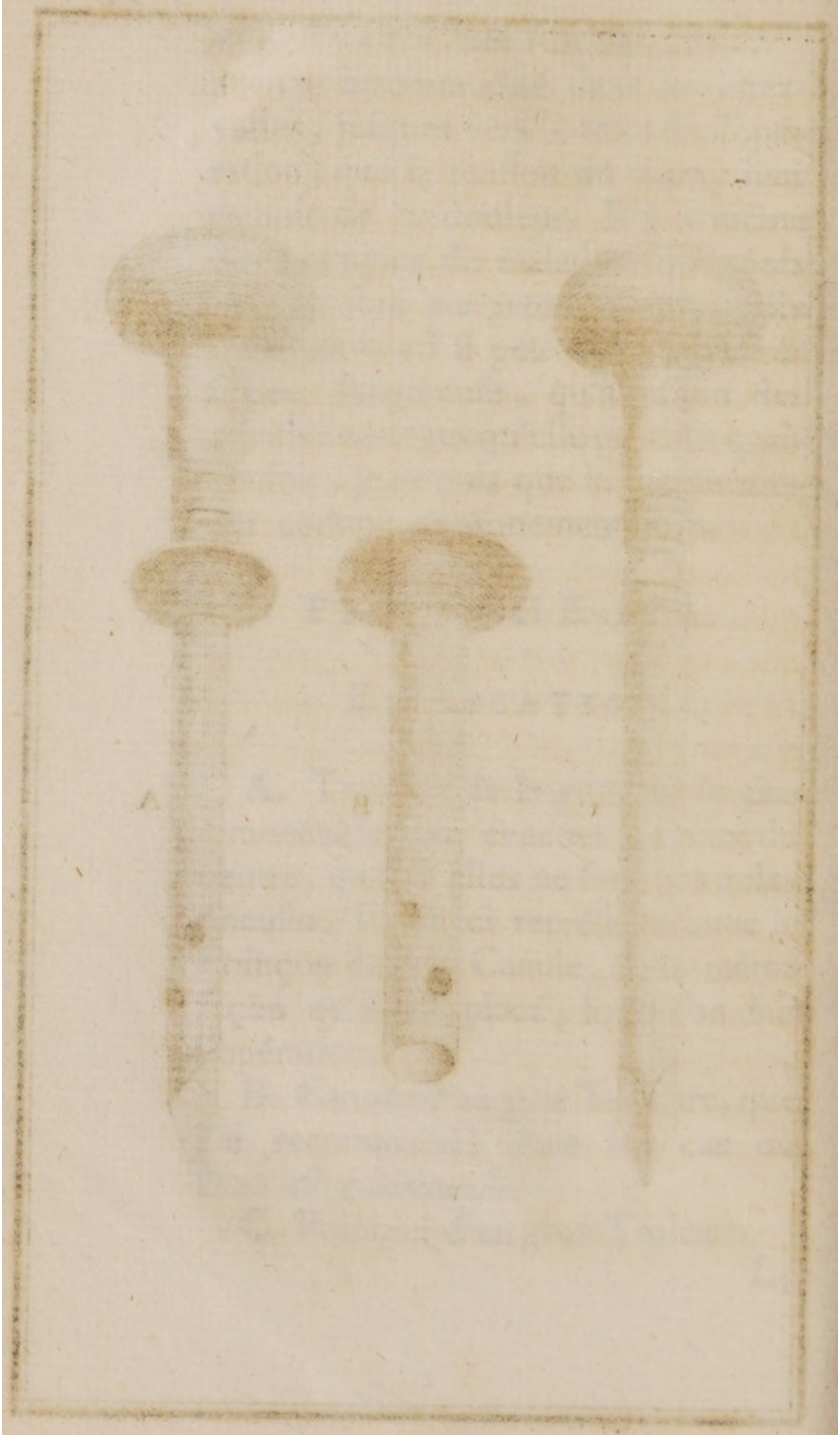
A. Troicart de la groſſeur la plus convenable pour évacuer les eaux du ventre, quand elles ne ſont pas gelatineuſes. Il eſt ici repréſenté avec le Poinçon dans la Canule, de la même façon qu'il eſt placé, lorſqu'on fait l'opération.

B. Canule d'un gros Troicart, que j'ai recommandé dans les cas où l'eau eſt gelatineuſe.

C. Poinçon d'un gros Troicart.

Le


C
B
A



Le manche du Troicart eſt ordinairement de bois, la Canule d'argent, & le Poinçon d'acier. Les ouvriers qui fabriquent cet inſtrument doivent avoir grand ſoin que le Poinçon rempliſſe exactement la cavité de la Canule : car ſi l'extrémité de la Canule ne joint pas parfaitement ſur le Poinçon, & ne lui eſt pas entierement de niveau, on ne pourra l'introduire dans l'*Abdomen* ſans cauſer beaucoup de douleur. Pour qu'elle gliſſe plus facilement, il eſt néceſſaire que ſon bord ſoit mince & tranchant. Je voudrois même que la Canule fût d'acier ; car une d'argent, qui eſt un métal trop doux, s'ébreche ou ſe caſſe à ſon extrémité, & ſe trouve enſuite de très-peu d'uſage.

Après l'opération il faut nettoyer & eſſuyer exactement la Canule, en paſſant à travers un morceau ou deux de flanelle ; autrement, lorſqu'on y aura remis le Poinçon, tous les deux ne manqueront pas de ſe rouiller.

CHAPITRE XIV.

De la Fiſtule à l'Anus.

SANS s'arrêter à la ſignification exacte du mot de *Fiſtule*, on entend généralement par *Fiſtule à l'Anus*, un abſcès qui s'étend au-dehors & au-dedans de l'inteſtin *Rectum*. Il eſt vrai qu'un abſcès dans cette partie, quand une fois il s'eſt ouvert, ne manque gueres, ſi on le néglige, de devenir calleux dans ſa cavité & dans ſes bords, & qu'il forme à la fin ce ce qu'on appelle proprement *Fiſtule*.

On prétend que la ſituation baſſe de l'Anus eſt la principale cauſe pourquoi il eſt ſi ſujet à cette maladie, dans les différentes criſes que ſouffre le tempérament. Mais une choſe qui y contribue encore beaucoup, c'eſt la grande quantité de graiſſe qui entoure le *Rectum*, & la forte compreſſion à laquelle ſont expoſés les vaiſſeaux Hemorrhoidaux ; qui étant

revêtus de tuniques très-lâches ; ſont moins capables de réſiſter aux efforts que fait la nature pour ſe débaraſſer de ce qui la ſurcharge. Ainſi ils s'enflamment, puis ils ſuppurent, & occaſionnent enfin la maladie dont nous parlons.

Que la graiſſe ſoit le ſiége propre de l'abſcès, c'eſt ce que montre l'inflammation de la peau qui affecte la membrane Adipeuſe, & qui y produit du pus. Dans cette occaſion, la ſuppuration s'étend ſouvent d'une cellule à l'autre, & en peu de jours met à découvert une grande quantité de chair par-deſſous, ſans attaquer la chair-même. Bien plus, je crois qu'on peut douter, ſi dans les abſcès qu'on regarde comme des ſuppurations des muſcles, l'inflammation & le pus ne ſont pas d'abord abſolument formés dans cette membrane, aux endroits où elle s'inſinue entre les interſtices des fibres muſculaires.

Les Hemorrhoïdes qui ſont de petites tumeurs autour de l'Anus, au-dedans de la tunique interne du *Rec-*

tum, ſuppurent quelquefois, & deviennent les avant-coureurs d'un grand abſcès. Les injures extérieures peuvent auſſi le produire en cette partie, de même qu'en toutes les autres. Mais de quelque cauſe que vienne l'abſcès, l'opération doit s'y faire conformément à la nature & à la direction de ſa cavité.

Si le Chirurgien a traité l'abſcès dès le commencement, & qu'il paroiſſe une inflammation extérieure, ſeulement à un côté de la feſſe, il attendra que l'abſcès ait acquis une maturité convenable. Enſuite il fera une inciſion dans toute ſa longueur avec un biſtouri. De cette maniere, quand même la Veſſie ſeroit affectée, la grandeur de l'ouverture, & les bourdonnets qu'on appliquera ſans tamponner, empêcheront, ſuivant toute apparence, la corruption de l'inteſtin, & feront que la cavité ſe remplira, tout comme les abſcès des autres parties.

Si le Sinus s'étènd juſqu'à l'autre feſſe, enſorte qu'il entoure preſque l'inteſtin, il faut le dilater de la mê-

me façon dans toute ſa longueur; car dans les cavités ſpongieuſes de cette eſpece, on ne ſçauroit procurer la génération des chairs que par de grandes ouvertures. C'eſt pourquoi ſi la peau qui couvre le Sinus eſt fort mince, ſi elle eſt lâche & mollaſſe, il eſt encore abſolument néceſſaire de la couper entiérement; autrement le malade pourra bien ſuccomber ſous l'abondance de la ſuppuration, qui dans la circonſtance préſente eſt quelquefois exceſſive.

Par cette méthode, qu'on ne ſçauroit trop recommander, on peut ſe promettre le ſuccès le plus heureux & le plus ſurprenant; au lieu qu'en la négligeant, & en ſe contentant d'une petite ouverture; ſi la ſuppuration ne tue pas le malade, au moins le pus demeurant enfermé corrompt l'inteſtin, & s'inſinuant à l'entour, forme pluſieurs autres ſinus, qui s'étendant en différens ſens, déconcertent ſouvent l'Opérateur, & ont été cauſe qu'on a regardé ſi généralement la Fiſtule comme une maladie très-difficile à guérir.

J'ai conſidéré ici l'abſcès comme occupant une grande partie de la feſſe. Mais il arrive plus ſouvent que la matiére ne ſe manifeſte au-dehors que par une inflammation de la peau, qui eſt de peu d'étendue, & que la direction du ſinus ſuit celle de l'inteſtin. Dans ce cas, après avoir fait une petite ouverture, on peut s'aſſurer s'il pénétre dans l'inteſtin, en mettant le doigt dans l'Anus, & introduiſant la ſonde dans la cavité du ſinus par l'ouverture extérieure. Alors ſi on ſent la ſonde avec le doigt, il n'y a plus lieu de douter que le ſinus ne pénétre. Mais le plus ſouvent cela peut ſe reconnoître par le pus qui coule de l'Anus.

Quand la Fiſtule eſt en cet état, il n'y a pas à balancer. Ainſi ayant introduit ſur le champ une des lames des ciſeaux dans l'inteſtin, & l'autre dans l'ouverture, on coupera adroitement toute la longueur de la Fiſtule. On doit en agir de même, lorſque le boyau n'étant pas percé, le ſinus eſt étroit, & regne le long ou

fort près de l'inteſtin. Car ſi on ſe ſert de tentes pour l'abſcès, ce qui eſt la ſeule maniere dont on peut le panſer, tandis que l'orifice extérieur eſt petit, comme je l'ai ici ſuppoſé, il deviendra preſqu'immanquablement calleux. C'eſt pourquoi la méthode la plus sûre eſt d'ouvrir l'inteſtin, afin de pouvoir appliquer au fond de la plaie les remédes convenables. Cependant il faut bien faire attention qu'il y a quelquefois des Sinus qui, quoique aſſez proches de l'inteſtin, ne s'étendent pas néanmoins au-dedans, ni le long de cette partie; auquel cas on doit les ouvrir ſuivant leur direction.

Il y a beaucoup de ſujets où le boyau eſt tellement ulceré, que le pus coule librement de l'abſcès par l'Anus. Mais je crois qu'il n'en eſt aucun où l'on ne puiſſe appercevoir à travers la peau quelque marque de la route que tient la matiére; & cela par le peu d'épaiſſeur & le changement de couleur de la peau, ou par ſa dureté. Quand on a découvert cette route, on peut l'ouvrir avec une lan-

lancette ; & alors c'eſt tout comme ſi le pus avoit fait éminence au-dehors.

Si les ſinus qui pénétrent au-dedans, ou qui ſont autour du boyau, ne ſont pas calleux, & qu'on puiſſe ſuivre leur direction, il ſuffira quelquefois de les ouvrir ſimplement avec les ciſeaux, ou avec un biſtouri conduit par une ſonde crenelée. Mais il eſt ordinairement plus sûr d'emporter entiérement le morceau de chair qui ſe trouve compris entre les inciſions ; & s'il eſt calleux, cela eſt abſolument néceſſaire : autrement il faudra détruire enſuite les calloſités par des eſcarotiques ; ce qui eſt une méthode ennuyeuſe & cruelle.

Quand la Fiſtule dure depuis longtems, & qu'on eſt maître de choiſir le tems pour l'opération, il eſt à propos de faire prendre la veille au malade une doſe de Rhubarbe. Ce remede non-ſeulement vuidera les inteſtins, mais encore reſerrera le ventre pendant quelque tems, & évitera l'inconvénient d'ôter l'appareil du

panſement, pour que le malade puiſſe aller au baſſin.

Les orifices de la Fiſtule ſont quelquefois ſi petits, que les ciſeaux n'y ſçauroient entrer. Il faut alors les dilater avec des tentes d'éponges.

Pour exécuter ces opérations à l'Anus, je ne crois pas qu'il y ait d'inſtrument auſſi commode que le biſtouri & les ciſeaux. Preſque tous les autres qui ont été inventés en vûe d'opérer plus aiſément, ne ſont pas ſeulement difficiles à manier; ils ſont outre cela plus douloureux pour le malade. Je n'avertis pas de s'abſtenir de couper le Sphincter. L'expérience a montré qu'on peut le faire ſans qu'il y ait beaucoup à craindre que le malade ne puiſſe retenir ſes matiéres. En effet ce muſcle eſt ſi court, qu'on ne peut gueres s'empêcher de le couper dans les dilatations qu'on fait à l'inteſtin.

La plus mauvaiſe eſpece de Fiſtule, eſt celle qui communique avec la Veſſie, & dans laquelle les Proſtates ſont principalement attaquées. Elle vient pour l'ordinaire d'une Gonor-

rhée précédente. D'abord elle paroît extérieurement au Périnée ; enſuite augmentant de plus en plus en s'avançant vers l'Anus, elle s'ouvre au-dehors par divers orifices à travers la peau, qui devient bien-tôt calleuſe & en quelque façon pourrie. Une partie de l'urine venant alors à paſſer par ces orifices, cauſe ſouvent autant de douleur, & une douleur de même nature que feroit une pierre dans la veſſie.

Comme je n'ai rencontré aucune Fiſtule de cette eſpece, dont je ne puſſe trouver la cauſe dans une Gonorrhée précédente, cela m'a engagé en les traitant de mettre en uſage la ſalivation, qui après l'opération aide extrêmement à conſolider la plaie. La maniere d'ouvrir cette Fiſtule, eſt d'emporter la peau calleuſe & les élévations, en coupant auſſi bas que le muſcle Accélérateur de l'urine ; & un peu plus bas entre ce muſcle & l'Erecteur de la verge, ſi les calloſités ſont en cet endroit. Cette opération eſt douloureuſe : mais le ſuccès dédommage

bien de la douleur qu'elle cauſe. Cependant s'il y a pluſieurs ſinus qui pénétrent dans la Veſſie, il ne faut pas s'attendre qu'ils guériront tous: mais ils ſeront réduits à un ou deux; preſque toute l'urine coulera par l'urethre, & la douleur ceſſera entiérement. C'eſt de quoi j'ai vû deux ou trois exemples remarquables en des malades que je traitois.

Quant à la méthode particuliere de panſer les abſcès de l'*Anus*, on peut l'apprendre dans l'Introduction.

CHAPITRE XV.

De la Ponction du Périnée.

ON fait cette opération lorſque l'urine eſt tellement retenue dans la Veſſie, qu'on ne peut l'évacuer par aucun moyen plus doux, ni introduire une ſonde dans la Veſſie à cauſe de l'obſtruction qui eſt dans ſon col, ou dans l'urethre. La façon d'opérer, ſuivant qu'on la trouve décrite dans la plûpart des Auteurs, conſiſte à plonger un Troicart ordinaire dans la cavité de la Veſſie, à l'endroit où ſe fait l'inciſion extérieure dans l'ancienne maniere de tailler, & à procurer la ſortie de l'eau à travers la canule. D'autres voulant rafiner ſur cette pratique, ordonnent de conduire une inciſion depuis le même endroit, juſque dans la Veſſie, & d'y mettre enſuite la canule. Mais à mon avis ces deux méthodes doivent être également rejettées; & au lieu de ce-

la, il faut faire une ouverture un peu au-deſſus de l'os *Pubis*. Car outre qu'il n'eſt pas aiſé de conduire l'inſtrument à travers les Proſtates juſque dans la Veſſie; la néceſſité de le tenir du tems de ſuite dans une partie déja fort enflammée & tuméfiée, ne manque gueres d'avoir de mauvais effets, & même de cauſer la gangrêne.

Il y a quelque tems qu'une Dame fut attaquée d'une difficulté d'uriner. Elle ne rendoit ſon urine que par goutes, avec une douleur exceſſive; & bien-tôt après le canal de l'urethre fut entiérement bouché. Ayant eſſayé inutilement de faire entrer la plus petite ſonde que je pus trouver, j'introduiſis mon doigt dans le Vagin, & je ſentis une tumeur fort dure vers le col de la Veſſie. La malade n'avoit point uriné du tout depuis cinq jours. Comme elle étoit à l'extrémité, & que nous jugions qu'elle n'avoit plus que quelques heures de vie, je pratiquai l'inciſion au-deſſus de l'os Pubis, ouvrant la peau de la longueur d'environ deux pouces, & la Veſſie de la

longueur d'environ un demi-pouce. Ayant vuidé par ce moyen une prodigieuſe quantité d'urine, j'entretins l'ouverture avec une tente creuſe, juſqu'à ce que la tumeur ſe fût diſſipée; ce qui ſe fit peu à peu avec le ſecours des remédes convenables. Au bout d'environ ſix ſemaines, cette Dame urina librement, & quelque tems après elle recouvra une ſanté parfaite.

CHAPITRE XVI.

De la Pierre.

IL ſe forme des concrétions pierreuſes en différentes parties du corps; mais je ne parlerai que de celles qui attaquent les reins & la veſſie. On n'a encore donné juſqu'ici aucune explication ſatisfaiſante des cauſes de cette diſpoſition qu'ont les fluides à former ces ſortes de concrétions. Et quoique les diverſes expériences qui ont été faites ſur le ſable de l'urine, & ſur le tartre du vin, montrent que ces deux matiéres ſe reſſemblent, & qu'on peut les regarder ſur le même pied; cependant on ne ſçauroit découvrir par là ce qui produit immédiatement cette diſpoſition calculeuſe. Du moins ne ſçauroit-on l'attribuer, avec aucune certitude, à un régime, ou à un climat particulier, comme on le fait ordinairement: puiſque nous voyons que dans tous les pays, &

parmi les perſonnes de toute condition, parmi les gens ſobres comme parmi les intempérans, la Pierre eſt une maladie fréquente.

Le grand nombre de ceux que l'on taille dans les Hôpitaux de Paris, où l'eau d'*Arcueil* eſt ſi pierreuſe, ſembleroit d'abord appuyer l'opinion de ceux qui attribuent la formation de la pierre à quelques fluides particulieres reçûs dans le ſang. Je crois néanmoins, tout bien conſidéré, que cet exemple, ſur lequel on appuie tant, ne conclut rien du tout; puiſque la plûpart de ces malades viennent des Provinces ou des Villages éloignés, qui ne boivent pas de l'eau d'*Arcueil.* Quant aux Habitans de Paris, ſuivant ce que j'ai pû apprendre des Chirurgiens de cette Ville, il ſe trouve que le nombre de ceux qui parmi eux ſont affligés de la Pierre, eſt à peu près le même qu'à Londres. Cette réflexion, jointe à ce qu'on voit beaucoup plus d'enfans que d'hommes attaqués de cette maladie, porte à croire qu'elle vient bien plus

ſouvent

ſouvent de naiſſance, que d'aucune cauſe extérieure.

Il eſt certain que l'urine eſt ordinairement fort chargée d'une matiére propre à former une Pierre; & peut-être que ſi elle ſe refroidiſſoit dans la Veſſie, elle y dépoſeroit toujours cette matiére, comme elle fait aux côtés du pot-de-chambre; quoique le mucilage qui couvre les tuniques de la Veſſie, empêche que les particules pierreuſes ne s'y attachent auſſi facilement qu'aux côtés du pot-de-chambre. Mais nous voyons que quand un corps dur a pénétré dans la Veſſie, il ne manque gueres de devenir le noyau d'une Pierre; ſoit que ce ſoit un gros gravier, une épingle, une bale, ou quelque autre ſubſtance étrangere & dure.

Il y a des Pierres qui groſſiſſent prodigieuſement en peu de tems, & d'autres qui demeurent pluſieurs années ſans augmenter. Cela donne lieu de croire que le tempérament change extrémement en divers tems, par rapport aux ſecretions des parti-

cules pierreuſes. Ce qu'on voit dans le plus grand nombre des Pierres, quand elles ſont ſciées adroitement, nous prouve encore que ce changement qui arrive au tempérament, ne paroît pas ſeulement dans la quantité du gravier qui ſe joint à la Pierre, mais encore dans ſa qualité. Ainſi une Pierre rouge & uniforme d'un pouce de diamettre, a peut-être été une Pierre blanche & polie, quand elle n'avoit qu'un demi-pouce. Elle a peut-être été une Pierre brune, & de la figure d'une meure, quand elle n'avoit qu'un quart de pouce; & ainſi à proportion elle a pû changer en divers tems.

De l'application qui ſe fait des graviers de différente couleur, viennent ordinairement les diverſes couches qu'on remarque dans une Pierre. Quelquefois néanmoins ces couches ſont preſque de même couleur & de même nature. Il ſemble qu'on doit alors les attribuer à ce que la Pierre a ceſſé de groſſir durant un certain tems. Dans cet intervalle ſa ſurface

devient liſſe & compacte, à cauſe du frotement qu'elle ſouffre contre les tuniques de la Veſſie, & parce que le courant de l'urine l'uſe & la diminue. Ainſi quand il s'y attache de nouveaux graviers moins ſerrés, ſa différente denſité en cet endroit fait néceſſairement les rayes qui paroiſſent dans une Pierre ſciée, & qui ne ſont autre choſe que la ſurface extérieure de chaque couche.

Ce qui ſemble prouver que les différentes couches de ces pierres viennent de ce qu'elles ceſſent de groſſir, & non d'aucune diſpoſition particuliere du ſable à prendre cette configuration ; c'eſt qu'en examinant quelques autres Pierres, on trouve qu'une grande quantité de gravier s'eſt d'abord amaſſée ſans aucun noyau, & qu'elle eſt devenue une maſſe ſpongieuſe & uniforme, qui enſuite a été couverte de pluſieurs couches.

Il n'eſt pas étonnant qu'il ſe forme ſi communément des Pierres dans les reins ; puiſque l'urine ſi-tôt qu'elle eſt

déchargée dans le baſſinet, développe naturellement ſa diſpoſition pétrifique; c'eſt-à-dire, que les particules pierreuſes ayant autant de diſpoſition à s'unir les unes aux autres dans les reins que dans la veſſie, elles ne manqueront pas de former ordinairement des graviers & des pierres dans les reins, ſi-tôt qu'elles s'y rencontreront enſemble.

Les petites pierres & les graviers ſe rendent ſouvent ſans douleur. Mais quelquefois ils s'amaſſent dans les reins & deviennent fort gros. Dans ce cas une attaque de Gravelle guérit la maladie; parce que l'inflammation & la douleur occaſionnent des contractions convulſives, qui à la fin chaſſent les pierres au-dehors. Différentes ſortes de remédes ſoulagent beaucoup dans cette maladie, comme les Mucilagineux, les Savoneux, &c. dont les uns ſont propres à lubrifier, & les autres à lubrifier & à irriter en même tems.

La force de l'urine aide extrêmement le paſſage du ſable à travers les

Uretéres. Cette force eſt ſi conſidérable, que j'ai vû une Pierre qui ayant été arrêtée dans l'Uretére dès le tems de ſa premiere formation, étoit entiérement percée dans toute ſa longueur, & formoit un large canal pour le paſſage de l'urine. Comme les Uretéres ſont fort étroits lorſqu'ils paſſent ſur le muſcle *Pſoas*, & à leur entrée dans la Veſſie, ils rendent le mouvement de la Pierre fort douloureux & fort difficile en ces endroits-là. Mais les douleurs ſont ordinairement moindres après la premiere attaque. Car quand les Uretéres ont été une fois dilatés, ils demeurent pour l'ordinaire dans le même état. Je les ai ſouvent vûs de la groſſeur d'un doigt; mais on les a trouvé encore plus gros.

Quand une ſois la Pierre a acquis un médiocre volume dans la Veſſie, elle a coutume de produire les ſymptomes ſuivans. Le malade a de fréquentes envies d'uriner; l'urine ſort goute à goute, avec une douleur exceſſive; & quelquefois elle s'arrête

tout d'un coup, ſi elle couloit librement. Après avoir uriné on reſſent au Gland une vive douleur, qui dure une, deux, ou trois minutes. Dans la plûpart des malades, les violens efforts cauſent une contraction du *Rectum*, & l'obligent à expulſer les excrémens; ou s'il eſt vuide, ils produiſent un Teneſme, qui eſt quelquefois accompagné d'une chûte de fondement. L'urine eſt ſouvent teinte de ſang par la rupture des vaiſſeaux; & quelquefois il ſort du ſang tout pur. Quelquefois l'urine eſt fort claire; mais ſouvent il ſe dépoſe au fond beaucoup de ſédiment glaireux, lequel n'eſt autre choſe que la mucoſité de la Veſſie, qui en a été ſéparée contre nature, & qu'on a ſouvent pris mal-à-propos pour du pus : ce qui a fait croire que les ulcéres de la Veſſie étoient communs; au lieu que réellement c'eſt une maladie très-rare.

Ce ſont là les ſymptomes de la Pierre dans la Veſſie. Cependant ils ne ſont pas des ſignes certains. Une Pierre dans l'Uretére ou dans les

Reins, ou une inflammation de la Veſſie, par quelque autre cauſe, produit quelquefois les mêmes accidens. Mais ſi le malade ne peut uriner que dans une certaine ſituation, c'eſt preſque un ſigne sûr que l'orifice de la Veſſie eſt bouché par une Pierre. Si le malade trouve du ſoulagement en ſe preſſant le périnée avec les doigts, ou en poſant cette partie ſur un corps dur, il n'y a gueres à douter que ce ſoulagement ne vienne, de ce que le poids de la Pierre ne ſe fait pas alors ſentir. Enfin, ſi outre la plûpart de ces ſymptomes le malade croit pouvoir la ſentir rouler dans ſa Veſſie, il n'eſt preſque pas poſſible de s'y méprendre. Cependant on ne ſçauroit en juger sûrement que par la ſonde.

Il n'eſt pas fort étonnant qu'on ne puiſſe aiſément diſtinguer les ſymptomes de la Pierre, de pluſieurs autres affections de la Veſſie, quand on conſidere qu'une attaque de la Pierre n'eſt autre choſe qu'une inflammation des tuniques de la Veſſie, & que cette inflammation, quoiqu'excitée par la

Pierre, demande cependant une diſpoſition dans le ſang à la produire. Car ſi les douleurs étoient alors ſimplement un effet de l'irritation de la Veſſie, il s'enſuivroit que la Pierre étant toujours la même, l'attaque ſeroit continuelle. Mais outre que tous les malades ont des intervalles conſidérables de relâche, & des intervalles qui ſont ſouvent de pluſieurs mois, ſi ce n'eſt quand la Pierre eſt fort groſſe & pointue; il ſe trouve quelquefois d'heureux tempéramens, qui, même après avoir beaucoup ſouffert durant un certain tems, ne reſſentent du tout plus de douleur.

Pour prévenir la violence & les retours fréquens des attaques de la Pierre, il eſt bon de ſaigner, & de purger doucement avec la Manne. Il eſt encore très-utile de s'abſtenir de biere, & des excès dans le boire & dans le manger. Mais ſe nourrir de laict, & faire uſage du miel ſont les meilleurs moyens, non-ſeulement pour prévenir l'inflammation, mais peut-être auſſi pour empêcher la Pierre de groſſir davantage. Le

En conſidérant de cette maniere les ſymptomes de la Pierre, & les fréquens intervalles de relâche qui arrivent ſans le ſecours des remedes, on ne doit pas s'étonner ſi tant de malades ont crû que leur Pierre étoit diſſoute, après avoir obſervé un certain régime ; & ſi dans tous les ſiécles il y a eu beaucoup de gens, qui pendant un tems conſidérable ont été dans l'erreur au ſujet d'un prétendu diſſolvant, quoiqu'on n'en ait connû aucun de sûr, ſi ce n'eſt depuis peu, qu'on a découvert que la chaux & le ſavon ſont ſouvent efficaces en cette maladie.

CHAPITRE XVII.

De la maniere de ſonder.

LE malade étant placé ſur une table horizontale, les cuiſſes élevées & un peu étendues, faites entrer la ſonde, obſervant de tourner de votre côté ſa partie concave, & enfoncez-la, juſqu'à ce qu'elle trouve de la réſiſtance dans le Périnée, un peu au-deſſus de l'*Anus*. Alors tournez-la ſans violence, & pouſſez-la doucement juſques dans la veſſie. Si elle rencontre un obſtacle au Col, levez en haut ſon bec, en baiſſant de votre côté le manche. Si alors elle ne pénétre pas dans la veſſie, retirez-la de la longueur de trois lignes, & introduiſant votre doigt *Index* dans le *Rectum*, ſoulevez-la; & pour lors elle manquera rarement d'entrer.

Il faut une certaine adreſſe pour tourner la ſonde à l'endroit conve-

nable de l'uréthre ; ce que les Chirurgiens qui ne ſont pas verſés dans cette opération, ne ſçauroient bien exécuter. C'eſt pourquoi ils peuvent conduire la ſonde, en tenant toujours ſa concavité du côté du ventre du malade, obſervant la même regle à l'entrée de la veſſie que dans l'autre méthode. Ce qui produit l'obſtacle qu'on rencontre, c'eſt ſouvent une petite avance de l'orifice de la veſſie dans l'uréthre, ſemblable à celle de l'orifice de la Matrice dans le Vagin. Cette avance fait que le bec de la ſonde gliſſe un peu au-delà.

Il ne faut pas s'imaginer que par le moyen de la ſonde on puiſſe juger poſitivement du volume & de la figure de la Pierre. La fréquence des attaques & la violence des ſymptomes ſont une regle plus sûre. Quiconque néanmoins croira pouvoir diſtinguer abſolument par ce moyen la différence des pierres, ſe trompera quelquefois, puiſque la fréquence & la violence de la douleur ne dépendent pas toujours ſimplement de la groſ-

ſeur ou de la figure des pierres, & qu'il y a des exemples où une pierre du poids de ſix grains a cauſé plus de douleur à une perſonne durant pluſieurs mois, qu'une beaucoup plus groſſe n'a fait à une autre. Cependant il n'eſt pas douteux, le reſte étant égal, qu'une pierre groſſe ou raboteuſe ne ſoit plus incommode qu'une autre, qui ſera petite ou polie.

Quoiqu'on ſe ſoit aſſûré par la ſonde qu'il y a une pierre dans la veſſie, on ne doit pas, ſans un nouvel examen, en venir tout de ſuite à l'opération. Il y a quelquefois des obſtacles qui l'empêchent, ou abſolument, ou ſeulement pour quelque tems. Le principal de ces obſtacles eſt le gravier ou la pierre dans les reins; ce que l'on reconnoît par la douleur des lombes, les vomiſſemens, le retirement des teſticules, l'engourdiſſement des cuiſſes, & ſouvent par le pus que l'inflammation produit dans les reins. Les obſtacles moins conſidérables, & que l'on

vient ſouvent à bout d'éloigner, ſont une attaque de la pierre, une toux, une fiévre lente, une exténuation cauſée par de longues douleurs. Un tems exceſſivement chaud ou froid eſt encore un empêchement; mais on peut bien n'y avoir point d'égard, quand le danger eſt extrême. Il eſt néanmoins certain que la grande chaleur eſt plus fâcheuſe & plus dangereuſe que le froid, d'autant qu'il eſt alors bien plus incommode de garder le lit, & que l'urine eſt beaucoup plus ſalée.

La différence d'âge rend le danger fort différent. Les enfans & les jeunes gens guériſſent preſque toujours. Cependant l'opération convient auſſi dans les perſonnes avancées en âge, quoique le ſuccès ne ſoit pas, à beaucoup près, ſi heureux. Cette opération ſe fait de quatre manieres différentes. Je les décrirai toutes avec leurs inconvéniens particuliers, afin qu'on puiſſe plus aiſément choiſir celle qui en a le moins.

Avant que d'en venir à l'opéra-

tion, quelque méthode que l'on ſuive, il faut préparer le malade par une douce purgation la veille, & un lavement le lendemain de bon matin. Ces remédes ſeront d'une grande utilité, en ce qu'ils rafraichiront le corps, & rendront moins dangereuſes quelques-unes de ces opérations, où le Rectum eſt expoſé à être bleſſé, quand il ſe trouve plein.

CHAPITRE XVIII.

Du petit Appareil, ou de l'Inciſion ſur la Pierre.

LA plus ancienne maniere de tailler eſt celle que décrit Celſe, & qui eſt connue ſous le nom de d'*Inciſion ſur la Pierre.* Mais depuis le tems de *Jean de Romanis*, elle eſt auſſi appellée *la Taille au petit appareil*, pour la diſtinguer de ſa nouvelle Méthode, qui à raiſon du grand nombre d'inſtrumens qu'on y emploie, eſt nommée *la Taille au grand appareil.* Voici la maniere de faire cette opération. On introduit d'abord dans l'*Anus* le doigt *Index* & le doigt du milieu de la main gauche, après les avoir trempés dans l'huile; & preſſant doucement avec la main droite au-deſſus de l'os *Pubis*, on tâche d'amener la pierre vers le col de la veſſie. On fait enſuite une inciſion

au côté gauche du Périnée, au-deſſus de l'*Anus*, directement ſur la pierre, & on la tire par la plaie, ſoit avec les doigts, ſoit avec une Curette.

Cette façon de tailler étoit accompagnée de pluſieurs difficultés, faute d'inſtrumens convenables pour conduire l'inciſion, & pour tirer la pierre, lorſque les doigts ne pouvoient y atteindre; ce qui arrivoit ſouvent dans une grande veſſie. C'eſt pourquoi il eſt ſurprenant que Celſe bornât l'opération à l'âge d'entre neuf & quatorze ans; puiſqu'elle eſt beaucoup plus aiſée à faire dans l'enfance qu'à cet âge-là. Auſſi paroît-il clairement par ce qu'il en dit, que pluſieurs malades mouroient de la violence que ſouffroit la veſſie par les efforts qu'on faiſoit pour amener la pierre en devant; ſans quoi les Opérateurs n'y réuſſiſſoient pas, & les malades n'étoient point taillés.

La plaie de la veſſie dans cette opération ſe faiſoit au même endroit où elle ſe fait maintenant dans l'appareil lateral. Mais comme cette opé-

ration étoit impraticable en quelques ſujets, & incertaine en tous les autres, elle a été à cauſe de cela univerſellement rejettée. Ainſi il n'y a perſonne aujourd'hui qui faſſe d'inciſion, ſans être guidé par une ſonde, à moins que la pierre n'empêche abſolument de l'introduire, en preſſant contre le col de la veſſie, & en bouchant l'orifice. Dans ce cas, lorſqu'on taille directement ſur la pierre, il eſt beaucoup plus sûr de la repouſſer dans la veſſie, & de la ſaiſir avec les Tenettes, que de vouloir la tirer de force avec la Curette ou les doigts; ce qui eſt la circonſtance qui diſtingue cette méthode de celle de Celſe.

Il faut bien obſerver néanmoins, que quand je parle de repouſſer la pierre, je la ſuppoſe au col de la veſſie: car il arrive ſouvent qu'elle eſt placée à l'extrémité de l'uréthre, hors de la veſſie. Alors on peut faire à l'uréthre une inciſion aſſez grande pour tirer la pierre avec les doigts, ou avec le bout de quelque inſtrument qui ſoit mince.

CHAPITRE XIX.

Du grand Appareil, ou de l'ancienne façon de tailler.

CETTE Méthode inventée par *Jean de Romanis*, & publiée par ſon diſciple *Marianus* l'an 1524. a ſouffert en différens tems, & chez différentes nations, des variétés conſidérables en quelques points, & particulierement quant à l'uſage de certains inſtrumens. Je décrirai ſimplement ici la maniere dont elle ſe pratique aujourd'hui, avec toutes les perfections qu'elle a reçûes.

Ayant placé le malade ſur une table quarrée & horizontale, haute de trois pieds, quatre pouces, avec un oreiller ſous ſa tête, on lui plie les jambes & les cuiſſes, & on approche ſes talons des feſſes, en liant ſes mains à la plante de ſes pieds avec deux forts liens de la longueur d'en-

viron deux aunes: & pour l'empêcher plus sûrement de remuer, on passe un double lien sous un de ses jarrets, & on conduit les quatre cordons autour de son cou, jusqu'à l'autre jarret; sous lequel ayant passé la boucle, on fait un nœud, en passant dans la boucle un des bouts.

Après cela, le malade ayant les cuisses écartées l'une de l'autre, & soutenues fortement par des serviteurs capables, on introduit la sonde, qui aura été auparavant trempée dans l'huile, & on la donne à tenir à un Aide Chirurgien, qui doit la pencher un peu du côté gauche du *Raphé*. Alors on commence l'incision immédiatement au-dessous du *Scrotum*, qui doit être tenu relevé, & on la continue jusqu'à deux travers de doigts de l'*Anus*. Ensuite changeant de direction, on pousse le bistouri le long de la crenelure de la sonde, assez avant dans le bulbe de l'utéthre; ou, comme il est à craindre qu'on ne blesse le *Rectum* en continuant l'incision, on peut tourner le dos du

biſtouri de ce côté-là, & faire cette partie de l'inciſion de dedans en dehors. Si on coupoit un vaiſſeau conſidérable, il faudroit en faire la ligature, avant que d'aller plus loin dans l'opération.

L'inciſion étant finie, on introduit le Gorgeret dans la veſſie, le long de la crenelure de la ſonde; & pour exécuter cela avec plus de sûreté, il eſt bon, dès que la languette du Gorgeret eſt dans la crenelure, que l'Opérateur prenne lui-même la ſonde avec la main gauche: car ſi l'Aide Chirurgien venoit par mégarde à trop incliner le manche du côté de l'Opérateur, ou à ne pas aſſez réſiſter à la force du Gorgeret, cet inſtrument pourroit aiſément abandonner la crenelure, & gliſſer entre le *Rectum* & la veſſie; accident qui non-ſeulement embarraſſe le Chirurgien dans le tems de l'opération, mais qui a le plus ſouvent de très-fâcheuſes ſuites. Le Gorgeret étant introduit, on dilate l'uréthre & le col de la veſſie avec le doigt *Index*, & on conduit les

Tenettes dans la veſſie, les tenant fermées juſqu'à ce qu'on touche la pierre. Alors l'ayant ſaiſie, on la ſerre médiocrement, & on la tire, en baiſſant vers le *Rectum*.

CHAPITRE XX.

Du Haut Appareil.

CETTE méthode de tailler fut publiée pour la premiere fois en 1561. par *Pierre Franco*, qui dans ſon Traité des Hernies dit l'avoir pratiquée une fois ſur un enfant avec beaucoup de ſuccès; mais qui en même tems conſeille de l'abandonner entiérement. Après lui *Roſſetus* la recommanda fortement dans ſon livre intitulé, *Partus Cæſareus*, imprimé en 1591. mais jamais il ne fit lui-même cette opération. M. *Tolet* rapporte qu'on l'avoit eſſayé à l'*Hôtel-Dieu*; & ſans entrer dans le détail des raiſons qui obligerent à ne la pas continuer, il dit ſeulement qu'on y avoit trouvé des inconvéniens. Vers l'an 1719. M. *Douglas* la pratiqua le premier en Angleterre, & d'autres enſuite après lui. La maniere de faire cette opération, telle qu'elle a

été perfectionnée depuis *Franco*, eſt celle qui ſuit.

Le malade étant placé ſur une table quarrée, ſes jambes pendantes, & attachées aux côtés de la table avec un lien qui paſſera par-deſſus les genoux, ſa tête & ſon corps un peu ſoulevés par un oreiller, afin de relâcher les muſcles de l'Abdomen, & ſes mains tenues fermes par des Aides; on injecte dans la veſſie par le moyen d'une ſonde creuſe, autant d'eau d'Orge qu'elle en peut contenir. Cette quantité, dans un homme, eſt ordinairement d'environ huit onces, & quelquefois de douze. Pour faire cette injection plus commodément, on peut attacher au bout de la ſeringue & au manche de la ſonde un uretére de Bœuf, qui étant flexible empêchera que l'inſtrument ne remue dans la veſſie, & n'y cauſe de la douleur.

La veſſie étant pleine, un Aide Chirurgien, pour empêcher la ſortie de l'eau, ſaiſit la Verge au moment qu'on retire la ſonde, & la tient incli-

née d'un côté, ſans néanmoins faire tendre la peau du ventre. Alors l'Opérateur fait avec un biſtouri rond une inciſion d'environ quatre pouces de longueur, entre les muſcles *Droits* & les *Pyramidaux*, coupant le Corps Graiſſeux juſqu'à la veſſie, & pouſſant l'inciſion vers le bas, preſque juſqu'à la Verge. Il prend enſuite un biſtouri courbe, & continue l'inciſion juſques dans la veſſie, allant un peu au-deſſous du *Pubis*; & ſi-tôt que l'eau ſort, il introduit l'*Index* de la main gauche, qui ſert à diriger les Tenettes pour aller ſaiſir la pierre. Cette méthode fut d'abord reçûe à Londres avec beaucoup d'applaudiſſement; mais après quelques eſſais, elle fut rejettée à cauſe des inconvéniens ſuivans.

Quelquefois la veſſie, nonobſtant, l'injection, demeure tellement enfoncée ſous l'os *Pubis*, que le Péritoine ayant été néceſſairement bleſſé, avant que d'arriver à la veſſie, les inteſtins ſortent auſſi-tôt par l'ouverture, & que l'urine ſe répand enſuite dans

l'*Abdomen*

l'*Abdomen*. Cet accident eſt tel que peu de malades en réchappent. L'injection même eſt extrêmement douloureuſe ; & avec quelque lenteur qu'on s'y prenne, elle étend la veſſie beaucoup plus vîte que ne fait l'urine en venant des reins, & beaucoup plus fortement qu'elle n'eſt en état de ſupporter. Il arrive de-là que non-ſeulement la veſſie eſt rarement aſſez dilatée pour que l'opération ſoit abſolument sûre, mais que même elle ſe créve quelquefois, ou qu'au moins ſon reſſort eſt détruit par la prompte dilatation qu'elle a ſoufferte. Ce qui augmente le danger, c'eſt qu'on peut rencontrer une veſſie durcie & racornie ; circonſtance qui accompagne quelquefois la pierre, & qui étant extrêmement dangereuſe dans toutes les autres méthodes, eſt effrayante dans celle-ci, non-ſeulement par la néceſſité de bleſſer le Péritoine, mais encore par la difficulté d'arriver juſqu'à la pierre.

Si la pierre eſt fort petite, il eſt mal-aiſé de la ſaiſir avec les Tenettes ;

& dans un ſujet gras les doigts ne ſont pas aſſez longs pour y atteindre. S'il y a pluſieurs petites pierres, on n'en pourra guéres tirer plus d'une à la fois. Si la pierre ſe briſe, non-ſeulement il ſera impoſſible de la tirer entiérement; mais outre cela, à cauſe de la ſituation du malade qui eſt couché ſur ſon dos, elle reſtera ordinairement dans la veſſie; au lieu que dans les autres méthodes elle ſort le plus ſouvent d'elle-même avec l'urine.

Mais quand on ſuppoſeroit que l'opération réuſsît, les ſuites en ſont d'ordinaire très-fâcheuſes; car l'urine ſortant par une ouverture où il n'y a point de pente, ſe répand dans l'*Abdomen*, & cauſe des excoriations fort douloureuſes. Ce qui eſt encore pire, c'eſt qu'elle s'inſinue quelquefois dans les cellules qui ſont entre la veſſie & les muſcles du ventre; & cela joint à l'inflammation que l'opération a produite, attire en cet endroit une ſuppuration, qu'il eſt toujours difficile de ménager, & qui eſt ſouvent mortelle.

CHAPITRE XXI.

De l'Opération Laterale.

CETTE méthode fut inventée par un Moine nommé *Frere Jacques*. Il vint à Paris en 1697. chargé de Certificats qui atteſtoient ſon adreſſe à opérer ; & s'étant fait connoître à la Cour & aux Magiſtrats de cette Ville, il obtint une permiſſion de tailler à l'*Hôtel-Dieu* & à la *Charité*, où il fit cette opération ſur environ cinquante perſonnes. Le ſuccès ne répondit pas à ce qu'il avoit promis ; & dès-lors ſa réputation alla en décadence, ſi on en croit M. *Dionis*, qui nous a inſtruit de ces particularités.

Les Chirurgiens de ce tems-là traiterent *Frere Jacques* d'ignorant & de cruel ; & quoique par l'examen des parties qui ſont bleſſées dans cette méthode, quelques-uns d'entre les plus fameux de ces Chirurgiens fuſ-

ſent d'avis pendant un tems, qu'elle pouvoit devenir très-avantageuſe, en remédiant à quelques défauts dont elle étoit accompagnée ; néanmoins après avoir donné ce jugement, ils changerent tout d'un coup, ſans autre raiſon, ſuivant toute apparence, que parce qu'ils ne vouloient être redevables à perſonne qu'à un Chirurgien en forme, d'une découverte ſi importante.

Le principal défaut de cette maniere de tailler de *Frere Jacques* étoit que ſa ſonde n'avoit point de crenelure; ce qui faiſoit qu'il étoit difficile de conduire exactement le biſtouri dans la veſſie. D'ailleurs il ne prenoit aucun ſoin de ſes malades après l'opération ; tellement que faute d'un panſement convenable les plaies de quelques-uns devenoient fiſtuleuſes, & avoient d'autres fâcheuſes ſuites.

Mais je croirois volontiers qu'il réuſſiſſoit mieux, & qu'à la fin il en ſçavoit plus qu'on ne penſe communément : car je me ſouviens d'avoir vû, quand j'étois en France, une petite

Feuille qu'il publia en 1702. & dans laquelle ſa méthode paroiſſoit ſi fort perfectionnée, qu'elle ne différoit en rien, ou en très-peu de choſe, de celle d'aujourd'hui. Il avoit appris dans cet intervalle la néceſſité de panſer après l'opération, & il avoit ſi bien profité des critiques de Meſſieurs *Mery*, *Fagon*, *Felix* & *Hunauld*, qu'il ſe ſervoit alors d'une ſonde crenelée. Ce qui eſt plus extraordinaire, c'eſt qu'il avoit taillé trente-huit malades de ſuite à Verſailles, ſans qu'il en fût mort aucun, comme il paroiſſoit par le Certificat qui étoit joint à la piéce.

Entre pluſieurs perſonnes qui virent opérer *Frere Jacques*, étoit le fameux Profeſſeur M. *Rau*, qui porta cette méthode en Hollande, & la pratiqua avec un ſuccès étonnant. Il ne publia jamais rien lui-même là-deſſus, quoiqu'il permît à pluſieurs perſonnes d'aſſiſter à ſes opérations. Mais après ſa mort M. *Albinus* ſon ſucceſſeur, Profeſſeur d'Anatomie & de Chirurgie à Leyde, a donné au

public un détail fort circonſtancié de tout ce qui regarde cette opération. Il dit que M. *Rau* faiſoit ſon inciſion dans la veſſie au-delà des proſtates, & il en parle comme d'un point en quoi il avoit perfectionné la méthode de *Frere Jacques*.

Mais quiconque entreprendra de faire une inciſion en cet endroit, ſans toucher aux Proſtates, & ſur une ſonde ſemblable à celle dont M. *Albinus* a donné la figure, & qui eſt d'une longueur ordinaire, trouvera la choſe preſque impraticable : car ſi en inclinant un peu la ſonde vers le ventre & l'aine droite, on tâche d'élever cet endroit de la veſſie, & de l'approcher de l'inciſion, il ſe trouve que toute la ſonde, à l'exception de ſon extrémité, ſe retire dans l'uréthre, & ne laiſſe aucun moyen pour guider le biſtouri.

De plus, ce qui montre que M. *Rau* coupoit les Proſtates, c'eſt ce qui étoit arrivé en certains cas, dont M. *Cheſelden* fit part au public, lorſqu'il entreprit pour la premiere fois

l'Opération Laterale. Il regardoit comme une choſe preſque impoſſible de faire l'inciſion en cet endroit, à moins que la veſſie ne fût diſtendue; & pour cet effet, il y injectoit autant d'eau d'Orge que le malade en pouvoit ſupporter; ce qui faiſoit enfler la veſſie en devant, & la mettoit à portée de la plaie extérieure; de façon qu'en y laiſſant la ſonde, il coupoit deſſus fort aiſément. Il exécutoit toutes ces opérations avec une adreſſe infinie. Mais la plaie de la veſſie venant à ſe retirer, quand celle-ci s'étoit vuidée, ne laiſſoit pas une iſſue libre à l'urine, qui s'inſinuant entre les muſcles voiſins & les membranes cellulaires, faiſoit périr quatre malades ſur dix qui étoient taillés de cette maniere, & mettoit quelques-uns des autres à deux doigts de la mort.

Si donc une plaie de la veſſie au-delà des Proſtates a eu en tant d'occaſions de ſi fâcheuſes ſuites, & ſi on trouve par expérience, qu'il eſt extrêmement difficile en quelques ſujets de pouſſer même l'inciſion juſqu'aux

Proſtates ; il ſe peut très-bien faire que M. *Albinus* ſe ſoit trompé dans ſa deſcription, ou que M. *Rau* lui-même, s'il penſoit ainſi, ſe ſoit mépris au ſujet des parties qu'il bleſſoit ; puiſque nous ſçavons qu'on a toujours crû, ſi ce n'eſt depuis quelques années, qu'on coupoit une portion de la veſſie dans l'ancienne maniere de tailler.

Après le mauvais ſuccès de ces tentatives, M. *Cheſelden* fit uſage de la méthode ſuivante ; & c'eſt maintenant la pratique de la plûpart des Opérateurs Anglois.

Le malade étant placé ſur une table, les mains & les pieds liés, & la ſonde étant introduite, comme dans l'ancienne maniere de tailler, un Aide Chirurgien la tient un peu inclinée d'un côté ; de telle ſorte que ſa direction ſuive exactement le milieu du muſcle Erecteur de la verge du côté gauche, & de l'*Accelerateur de l'urine* du même côté. On fait enſuite une très-grande inciſion à travers la peau & la graiſſe, commençant

çant d'un côté du *Raphé*, un peu au-deſſus de l'endroit où l'on coupe dans le Grand Appareil, & finiſſant un peu au-deſſous de l'*Anus*, entre cette partie & la tubéroſité de l'Iſchion. Cette inciſion doit être pouſſée profondément entre les muſcles, juſqu'à ce qu'on puiſſe ſentir la glande Proſtate. Alors on cherche l'endroit de la ſonde, & l'ayant arrêtée où il faut, ſuppoſé qu'elle eût gliſſé, on tourne en haut le tranchant du biſtouri, & on coupe toute la longueur des Proſtates de dedans en dehors, pouſſant en même-tems en bas le *Rectum* avec un ou deux doigts de la main gauche. Par ces précautions on évite toujours de bleſſer l'inteſtin; après quoi l'opération ſe termine à peu près de la même maniere que dans le Grand Appareil.

Si ayant introduit les Tenettes, on ne trouve pas auſſi-tôt la pierre, il faut élever leurs branches, & les tenir preſque perpendiculairement, afin de pouvoir la ſentir; car le plus ſouvent, quand elle eſt difficile à

trouver, cela vient de ce qu'elle eſt logée dans un des Sinus qui ſe forment quelquefois de chaque côté du col de la veſſie, & qui s'avancent ſi fort en devant, que ſi la pierre y eſt placée, les Tenettes paſſent au-delà dans le moment qu'elles entrent dans la veſſie. C'eſt pourquoi ſi on ne prend garde à cette circonſtance, il ſera impoſſible de ſaiſir la pierre, ou même de la ſentir.

Lorſqu'elle ſe briſe, il eſt beaucoup plus sûr de tirer les morceaux avec les Tenettes, que de les abandonner à eux-mêmes, pour qu'ils ſortent avec l'urine; & s'ils ne ſont pas plus gros que du ſable, la Curette eſt le meilleur inſtrument, & doit être préferée aux injections.

Quand la pierre qu'on tire, eſt raboteuſe, il arrive très-rarement qu'il s'en trouve plus d'une; mais quand elle eſt liſſe & polie, c'eſt preſque un ſigne certain qu'il y en a encore d'autres. C'eſt pourquoi un Opérateur doit alors avoir ſoin d'examiner, non-ſeulement avec ſes doigts, mais

encore avec quelque inſtrument convenable, celles qui reſtent.

Le grand inconvénient de l'Opération Latérale eſt l'hemorrhagie qui arrive quelquefois dans les hommes: car dans les enfans le danger eſt ſi peu de choſe, qu'il ne vaut pas la peine d'en parler. C'eſt-là néanmoins la principale difficulté qui a empêché que cette opération ne fût pratiquée univerſellement. Mais, ſuivant toute apparence, elle deviendra plus commune, quand on connoîtra mieux ce qu'elle vaut, & qu'on ſera une fois bien convaincu que les fâcheuſes ſuites de la plûpart de ces hemorrhagies, viennent plutôt d'une mauvaiſe façon d'opérer, que de la nature de l'opération. Je crois pouvoir aſſûrer que toutes les branches de l'artére Hypogaſtrique, qui ſont ſituées ſur ce côté des Proſtates, peuvent être ſaiſies avec l'éguille, ſi on a fait une plaie aſſez grande pour la pouvoir tourner librement au fond. Cependant c'eſt à quoi ont manqué beaucoup de Chirurgiens; & au lieu de faire

une inciſion de trois ou quatre pouces de longueur dans un homme, ils ſe ſont quelquefois contenté d'une qui n'avoit pas plus d'un pouce. Dans ce cas non-ſeulement il eſt impoſſible de lier les vaiſſeaux entre la peau & la veſſie, mais cela empêche encore d'appliquer, comme il faut, de la charpie ou des Stypiques ſur l'artére qui fournit aux Proſtates. Ainſi il n'eſt pas ſurprenant qu'on ait été découragé de faire une opération, dont la pratique eſt accompagnée d'une ſemblable difficulté.

Si dans l'opération il ſe trouve quelques gros vaiſſeaux de la plaie extérieure, qui ſoient coupés, il eſt à propos d'en faire la ligature, avant que de tirer la pierre. Mais il n'arrive pas une fois en vingt qu'on ſoit obligé d'en venir là. Il eſt rare que les vaiſſeaux des Proſtates s'ouvrent un tems conſidérable après l'opération, s'ils ne donnoient pas de ſang durant l'opération. Mais comme c'eſt le propre de la fiévre ſymptomatique de dilater les vaiſſeaux, & d'accélerer le

mouvement du ſang, il faut être ſur ſes gardes, particulierement dans les gens plethoriques, & tâcher de prévenir cet accident, en tirant dix ou douze onces de ſang du bras, & donnant auſſi-tôt après un narcotique.

Il ne reſte plus qu'une difficulté de quelque importance; c'eſt le danger de bleſſer le *Rectum*. Mais cette difficulté eſt peu de choſe, ſi l'Opérateur obſerve la regle que j'ai établie ſur cela.

Dans la deſcription que j'ai donnée de l'Opération Laterale, je crois n'avoir du tout point déguiſé ſes inconvéniens; & avant que de parler de ſes avantages, je répeterai encore une fois, que les hemorrhagies y ſont très-rares, & jamais ou preſque jamais mortelles, quand elles ſont bien conduites. Il n'en faut pas d'autre preuve que le ſuccès extraordinaire, avec lequel nous avons taillé depuis peu dans nos Hôpitaux. Je penſe qu'il n'y en a jamais eu de pareil dans aucun tems ni dans aucun pays.

Les principales parties qui ſont

bleſſées par le biſtouri dans cette méthode, ſont le muſcle *tranſverſal de la Verge*, le *Releveur de l'Anus*, & la glande *Proſtate*. Dans l'ancienne maniere de tailler on ne bleſſe que l'uréthre, & l'inciſion eſt d'environ deux pouces en-deçà des Proſtates. Les inſtrumens ſont introduits de force dans le reſte du paſſage, qui eſt compoſé de la partie bulbeuſe de l'uréthre, de ſa partie membraneuſe, du col de la veſſie & des Proſtates. Ce conduit eſt ſi étroit, que juſqu'à ce qu'il ſoit déchiré, on a une peine infinie à manier les Tenettes; & il arrive ſouvent, à cauſe du tiſſu délicat de la partie membraneuſe de l'uréthre, que les Tenettes ſont pouſſées inconſidérément à travers, entre l'os *Pubis* & la veſſie. De plus, en introduiſant le Gorgeret ſur la ſonde, il peut aiſément gliſſer en bas, entre le *Rectum* & la veſſie; deux inconvéniens que l'on évite dans l'Opération Laterale.

Il eſt vrai que même dans cette méthode on ne pourra tirer une groſſe

pierre ſans déchirer la plaie, de même que dans l'ancienne maniere. Mais dans celle-là le déchirement eſt peu de choſe, & ne ſe fait qu'après qu'il a été préparé par l'inciſion; au lieu que dans l'autre toutes les parties dont j'ai parlé ſont déchirées, ſans avoir été aucunement ouvertes auparavant; & ces parties, qui ſont naturellement fort tendues, ne ſçauroient être tiraillées ſans une douleur exceſſive.

C'eſt dommage que ceux qui opérent ſuivant l'ancienne maniere, ne conduiſent pas toujours le biſtouri le long de la crenelure de la ſonde, juſqu'à ce qu'ils ayent coupé entiérement toute la longueur des Proſtates; puiſqu'ils ſont convaincus que par l'extraction de la pierre elles ſont ouvertes d'une façon bien plus rude & plus dangereuſe, que par l'inciſion, & ſans qu'il en revienne aucun avantage; d'autant que cette ouverture ne ſe fait qu'en terminant l'opération, & que n'étant pas faite avant l'extraction, on ne ſçauroit preſque

écarter ſuffiſamment les ſerres des Tenettes pour charger une groſſe pierre; & quand on en vient à bout, la réſiſtance eſt ſi grande, que ſouvent la pierre ſe briſe, malgré tous les ſoins que l'on prend.

Néanmoins dans l'une & dans l'autre opération le Chirurgien ne doit pas ſaiſir la pierre violemment; & même quand il la tire, il doit en tenant de ſes deux mains les branches des Tenettes, empêcher qu'elles ne ſe ferment auſſi fortement qu'elles feroient ſans cela, étant ſerrées comme elles ſont par les bords d'une plaie ſi étroite. Je parle ici de la difficulté de ſaiſir une pierre dans la cavité de la veſſie. Mais s'il arrive qu'elle ſoit logée dans un des Sinus dont il a été fait mention ci-devant, les Tenettes ont alors ſi peu de priſe, que la choſe devient encore plus difficile.

L'extraction des pierres qui ſont fort groſſes, eſt beaucoup plus impraticable dans le Grand Appareil que dans la Méthode Laterale, à cauſe de la petiteſſe de l'angle que forment

les os à l'endroit de l'inciſion : auſſi eſt-il néceſſaire, preſque toutes les fois qu'on opére, de baiſſer les Tenettes vers le *Rectum*, en tirant la pierre ; ce qui ne ſçauroit ſe faire, ſans que les parties membraneuſes ſouffrent une grande violence, & même ſans qu'elles ſe ſéparent l'une de l'autre, d'où s'enſuivent des abſcès & des croutes autour de la plaie ; choſe qu'on ne connoît point dans l'Opération Laterale. Il ſe forme quelquefois ſur le *Scrotum* des *Echymoſes* ſuivies de ſuppuration & de gangrêne. En un mot, tous les inconvéniens & les mauvais ſymptomes qui accompagnent l'Opération Laterale, à l'exception de l'hemorrhagie, ſe rencontrent à un plus haut degré de violence dans l'ancienne maniere de tailler.

L'incontinence d'urine eſt très-rare après l'Opération Laterale, & jamais ou preſque jamais elle n'eſt ſuivie d'une Fiſtule. Mais il ſemble que l'habileté à panſer enſuite la plaie, contribue beaucoup à prévenir ce der-

nier accident ; & peut-être qu'il ne ſeroit pas ſi commun dans le Grand Appareil, ſi le panſement étoit conduit comme il faut. Il eſt sûr néanmoins que cette méthode y eſt beaucoup plus ſujette, par la raiſon que la plaie eſt faite dans des membranes ; qu'il y a plus de contuſion, & qu'en pluſieurs malades une incontinence d'urine la tient continuellement ouverte. Cependant j'ai vû quelquefois, que pour avoir négligé le panſement dans la Méthode Laterale, la veſſie reſtoit fiſtuleuſe. Mais la plaie étant dans une partie charnue, je n'ai pas eu beaucoup de peine à faire croître les chairs, & je l'ai enſuite conſolidée. Ainſi je ne crois pas qu'on puiſſe maintenant regarder la Fiſtule comme un des inconvéniens de l'Appareil Lateral.

Après l'opération on traitera le malade à peu près de la maniere ſuivante. Si les vaiſſeaux des Proſtates ſaignent, on appliquera ſur la partie de la charpie ſéche, ou trempée dans quelque eau Styptique, telle

que l'eau de Vitriol, & on l'y tiendra conſidérablement preſſée durant quelques heures. Le malade pourra auſſi prendre un narcotique. Si la plaie ne ſaigne pas, un peu de charpie ſéche, ou un plumaſſeau chargé de digeſtif & appliqué doucement, eſt ce qui convient le mieux.

L'endroit où eſt couché le malade, doit avoir une fraîcheur médiocre, parce que la chaleur ne diſpoſe pas ſeulement les vaiſſeaux à ſaigner de nouveau, mais qu'elle rend encore ordinairement le malade foible & languiſſant. Si auſſi-tôt après l'opération il ſe plaint d'un mal d'eſtomac, ou même d'une douleur à l'endroit du ventre qui eſt près de la veſſie, ce n'eſt pas toujours un ſigne d'une inflammation dangereuſe, & ſouvent cela ſe diſſipe dans une demi-heure. Cependant pour en délivrer plus aiſément le malade, il ſera très-bon de fomenter la partie ſouffrante, en y appliquant chaudement une veſſie de Cochon où l'on aura mis une décoction adouciſſante. Si la douleur augmente au bout de deux

ou trois heures, les ſuites en ſont fort à craindre ; & dans ce cas il eſt néceſſaire de ſaigner auſſi-tôt, & de donner des lavemens émolliens, qui ſeront comme des fomentations pour les inteſtins.

Le premier ſymptome favorable après l'opération, c'eſt que l'urine ſorte librement. On connoît par-là que les lévres de la plaie de la Veſſie & des Proſtates ne ſont pas fort enflammées ; car ſouvent elles ſe tuméfient, & bouchent tellement l'orifice, que non-ſeulement elles empêchent la ſortie de l'urine, mais encore de pouvoir introduire le doigt ou une ſonde de femme ; d'où il arrive qu'on eſt quelquefois obligé de paſſer l'Algalie dans l'uréthre. Ce ſymptome nous apprend auſſi que les Reins ne ſont pas affectés dans l'Opération juſqu'au point de ceſſer leur fonction ; accident qui, quoique très-rare, peut néanmoins arriver. Si le malade devient languiſſant, & continue de n'avoir point d'appetit, les Veſicatoires ſeront d'une grande uti-

lité. On peut les appliquer ſans aucun danger, & ſans cauſer beaucoup de douleur, parce que dans le cas préſent il n'y a jamais ou preſque jamais de Strangurie.

Vers le troiſiéme ou quatriéme jour il faut lâcher le ventre par un lavement; car dans le commencement il fait rarement de lui-même ſa fonction; & cette méthode doit être continuée, ſuivant que la prudence le demandera. Dès que le malade aura de l'appetit, on lui accordera des alimens legers; mais on aura ſoin qu'il ne mange pas trop à la fois.

Il arrive quelquefois quinze jours ou trois ſemaines après l'opération, qu'un des Teſticules ou tous les deux ſe durciſſent & s'enflamment. Les fomentations & les topiques réſolutifs ſuffiſent d'ordinaire pour diſſiper cet accident; ou ſi la ſuppuration ſurvient, ce qui eſt très-rare, l'abſcès n'eſt pas bien difficile à guérir.

Durant le traitement de la plaie on peut la fomenter une ou deux fois le jour; & ſi les feſſes ſe trouvent

écorchées par l'urine, on les oindra avec l'onguent *Nutritum*. Le panſement depuis le commencement juſqu'à la fin ne ſe fait ordinairement qu'avec un doux digeſtif ou de la charpie ſéche : car tout le ſecret de guérir la plaie conſiſte dans le degré de force avec lequel on applique le bourdonnet. Si on l'enfonce durement, il devient une tente, & empêche la régénération des petits grains charnus & delicats, juſqu'à ce qu'avec le tems la diſtenſion continuelle & la durée de l'écoulement de l'urine rendent toute la cavité calleuſe, & la font dégénérer en Fiſtule.

D'un autre côté, ſi on ne panſe la plaie que ſuperficiellement ; comme ſes parties extérieures ont plus de diſpoſition à ſe contracter & à ſe réunir que les intérieures, il en réſultera un obſtacle à l'écoulement de l'urine & du pus, qui ſéjournant dans la plaie de la Veſſie, & n'étant pas évacués, durciront la partie, & occaſionneront de même une Fiſtule.

Cette maniere de panſer n'eſt pas

particuliere aux plaies de la Taille : elle convient auſſi dans les Fiſtules à l'*Anus*, & preſque dans tous les abſcès, quels qu'ils ſoient ; en ſorte que la partie de la Chirurgie, qui a pour objet le traitement des plaies profondes, conſiſte beaucoup plus à obſerver comme il faut cette regle, qu'à appliquer des remédes particuliers.

CHAPITRE XXII.

De la Pierre dans l'Uréthre.

SI une petite Pierre ſe trouve logée dans l'Uréthre près du gland, on peut ſouvent la pouſſer dehors avec les doigts, ou la tirer avec quelque inſtrument. Mais ſi elle eſt arrêtée dans quelqu'autre endroit de ce canal, on peut ſans aucun inconvénient faire une inciſion par-deſſus.

La meilleure maniére pour cela eſt d'avancer autant qu'il eſt poſſible le prépuce ſur le gland. Enſuite faiſant une inciſion de la longueur de la Pierre à travers les tégumens, on peut la tirer avec un petit crochet, ou avec le bout d'une ſonde. La peau venant après cela à retourner en arriere & à reprendre ſa ſituation naturelle, couvre l'ouverture qu'on a fait à l'Uréthre, & empêche que l'urine ne ſorte par la plaie, qui très-ſouvent guérit en vingt-quatre heures. Cette méthode

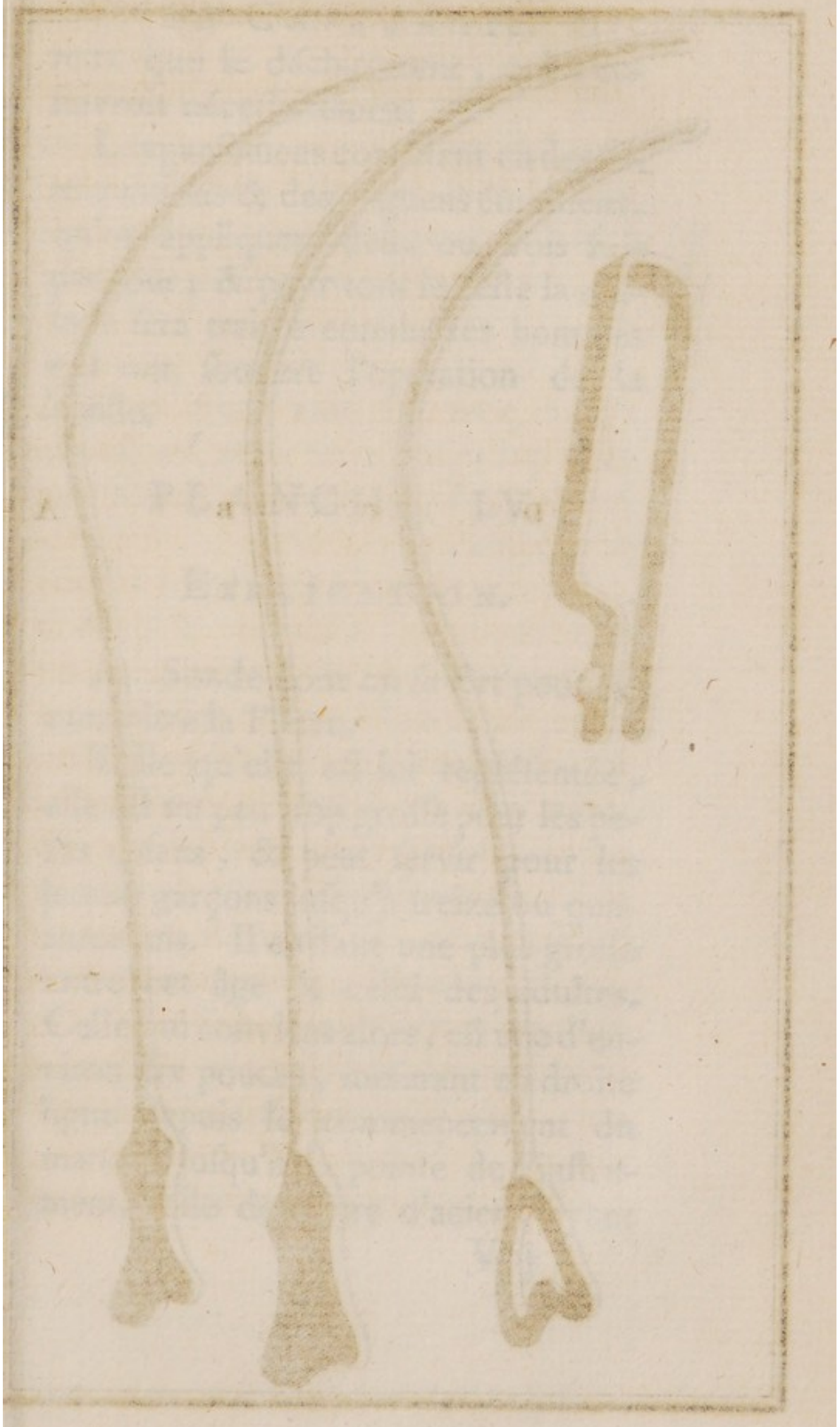
thode de tirer les Pierres de l'Uréthre, eſt beaucoup moins douloureuſe, que lorſqu'on ſe ſert de quelqu'un des inſtrumens qui ont été inventés juſqu'ici.

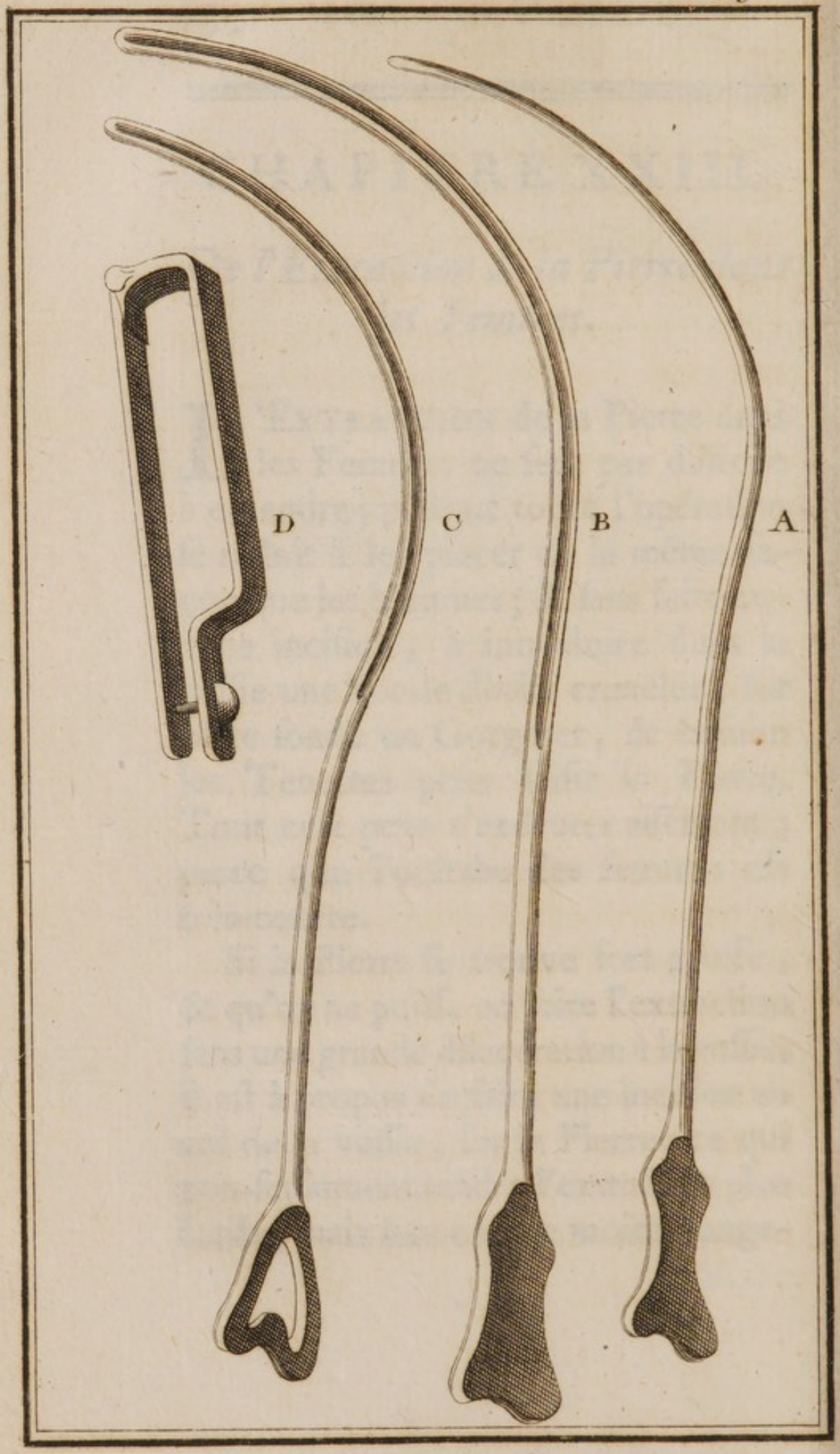
CHAPITRE XXIII.

De l'Extraction de la Pierre dans les Femmes.

L'EXTRACTION de la Pierre dans les Femmes ne ſera pas difficile à entendre; puiſque toute l'opération ſe réduit à les placer de la même façon que les hommes; & ſans faire aucune inciſion, à introduire dans la veſſie une Sonde droite crenelée, ſur cette ſonde un Gorgeret, & enſuite les Tenettes pour ſaiſir la Pierre. Tout cela peut s'exécuter aiſément; parce que l'urétrhe des femmes eſt très-courte.

Si la Pierre ſe trouve fort groſſe, & qu'on ne puiſſe en faire l'extraction ſans une grande dilacération à la veſſie, il eſt à propos de faire une inciſion au col de la veſſie, ſur la Pierre; ce qui non-ſeulement rendra l'extraction plus facile, mais ſera encore moins dange-




D
C
B
A

reux que le déchirement, qui s'enſuivroit néceſſairement

Les panſemens conſiſtent en des fomentations & des onguens émolliens, qu'on appliquera deux ou trois fois par jour ; & pour tout le reſte la malade ſera traitée comme les hommes qui ont ſouffert l'opération de la Taille.

PLANCHE IV.

EXPLICATION.

A. Sonde dont on ſe ſert pour reconnoître la Pierre.

Telle qu'elle eſt ici repréſentée, elle eſt un peu trop groſſe pour les petits enfans, & peut ſervir pour les jeunes garçons juſqu'à treize ou quatorze ans. Il en faut une plus groſſe entre cet âge & celui des adultes. Celle qui convient alors, eſt une d'environ dix pouces, meſurant en droite ligne depuis le commencement du manche juſqu'à la pointe de l'inſtrument. Elle doit être d'acier, ayant

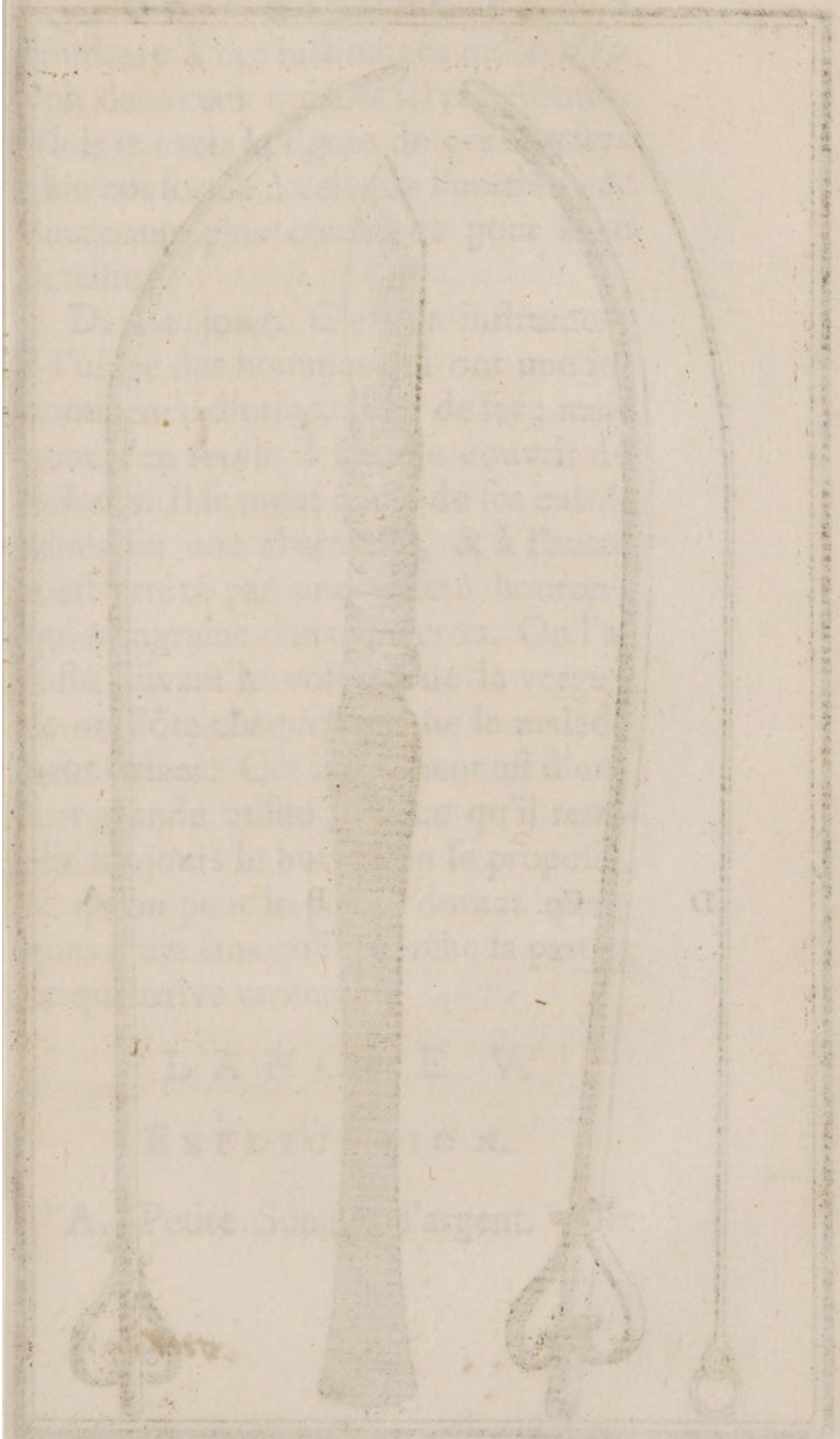
ſon extrémité mouſſe & polie.

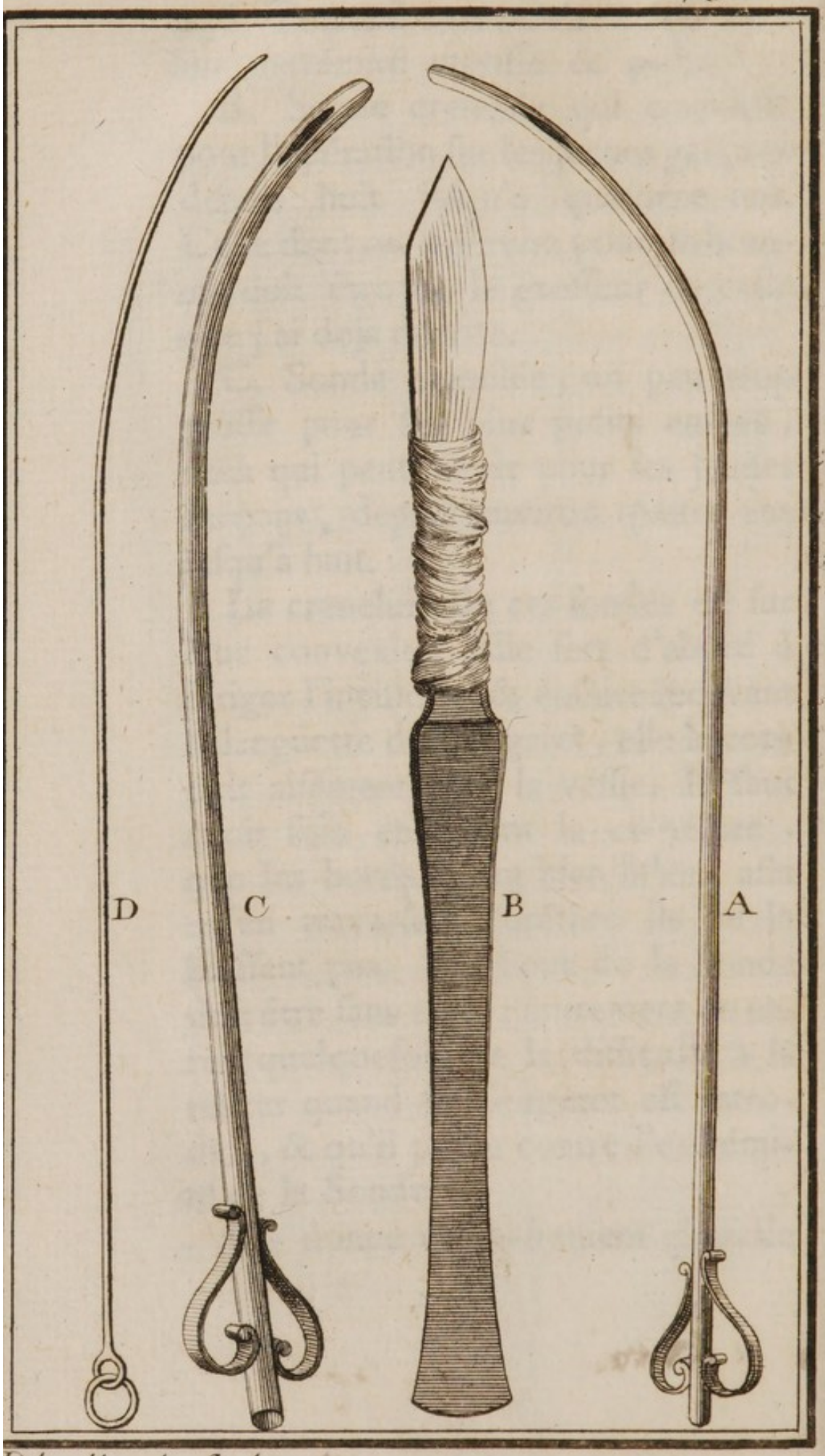
B. Sonde crenelée qui convient pour l'opération ſur les jeunes garçons depuis huit juſqu'à quatorze ans. Celle dont on ſe ſervira pour un homme doit être de la groſſeur de celle que j'ai déja décrite.

C. Sonde crenelée, un peu trop groſſe pour les plus petits enfans, mais qui peut ſervir pour les jeunes garçons, depuis environ quatre ans juſqu'à huit.

La crenelure de ces ſondes eſt ſur leur convexité. Elle ſert d'abord à diriger l'inciſion; & enſuite recevant la languette du Gorgeret, elle le conduit aiſément dans la veſſie. Il faut avoir ſoin en faiſant la crenelure, que les bords ſoient bien liſſes, afin qu'en traverſant l'uréthre ils ne la bleſſent pas. Le bout de la Sonde doit être ſans arête; autrement on auroit quelquefois de la difficulté à la retirer quand le Gorgeret eſt introduit, & qu'il preſſe contre l'extrémité de la Sonde.

On donne ordinairement plus de





Dheulland Sculp

courbure à ces inſtrumens qu'on n'en voit dans ceux qui ſont ici repréſentés. Mais je crois la figure de ces derniers plus conforme à celle de l'uréthre, & beaucoup plus commode pour faire l'inciſion.

D. Le joug. C'eſt un inſtrument à l'uſage des hommes qui ont une incontinence d'urine. Il eſt de fer; mais pour s'en ſervir il faut le couvrir de velours. Il ſe meut à une de ſes extrémités ſur une charniere, & à l'autre il eſt arrêté par une viſſe à bouton, qui s'engraine dans un écrou. On l'ajuſte ſuivant le volume de la verge, & on l'ôte chaque fois que le malade veut uriner. Cet inſtrument eſt d'une fort grande utilité, parce qu'il remplit toujours le but qu'on ſe propoſe, & qu'on peut le porter durant quelques jours ſans qu'il écorche la partie; ce qui arrive rarement.

PLANCHE V.

EXPLICATION.

A. Petite Sonde d'argent. Cet

inſtrument eſt creux, & ſert à évacuer l'urine quand il y a une retention. On l'emploie auſſi dans le Haut-appareil pour remplir d'eau la veſſie. Preſque à ſon extrémité il y a deux orifices par où l'urine entre dans ſa cavité. Il faut avoir ſoin que les bords de ces orifices ſoient exactement polis.

B. Biſtouri dont on ſe ſert pour la Lithotomie. C'eſt le même que celui que j'ai décrit ci-devant. Mais j'ai crû qu'il ne ſeroit pas mal de le repréſenter ici de nouveau avec la filaſſe dont on l'enveloppe, & qui le rend plus que toute autre choſe, aiſé à tenir, quand on fait l'opération Latérale, & qu'on tourne le tranchant enhaut pour couper la glande Proſtate.

C. Sonde de femme, qui différe de celle des hommes en ce qu'elle eſt preſque droite, & un peu plus groſſe.

D. Stilet d'argent, qu'on introduit dans ces deux ſortes de Sondes, pour éloigner les caillots de ſang ou le pus qui les bouche.

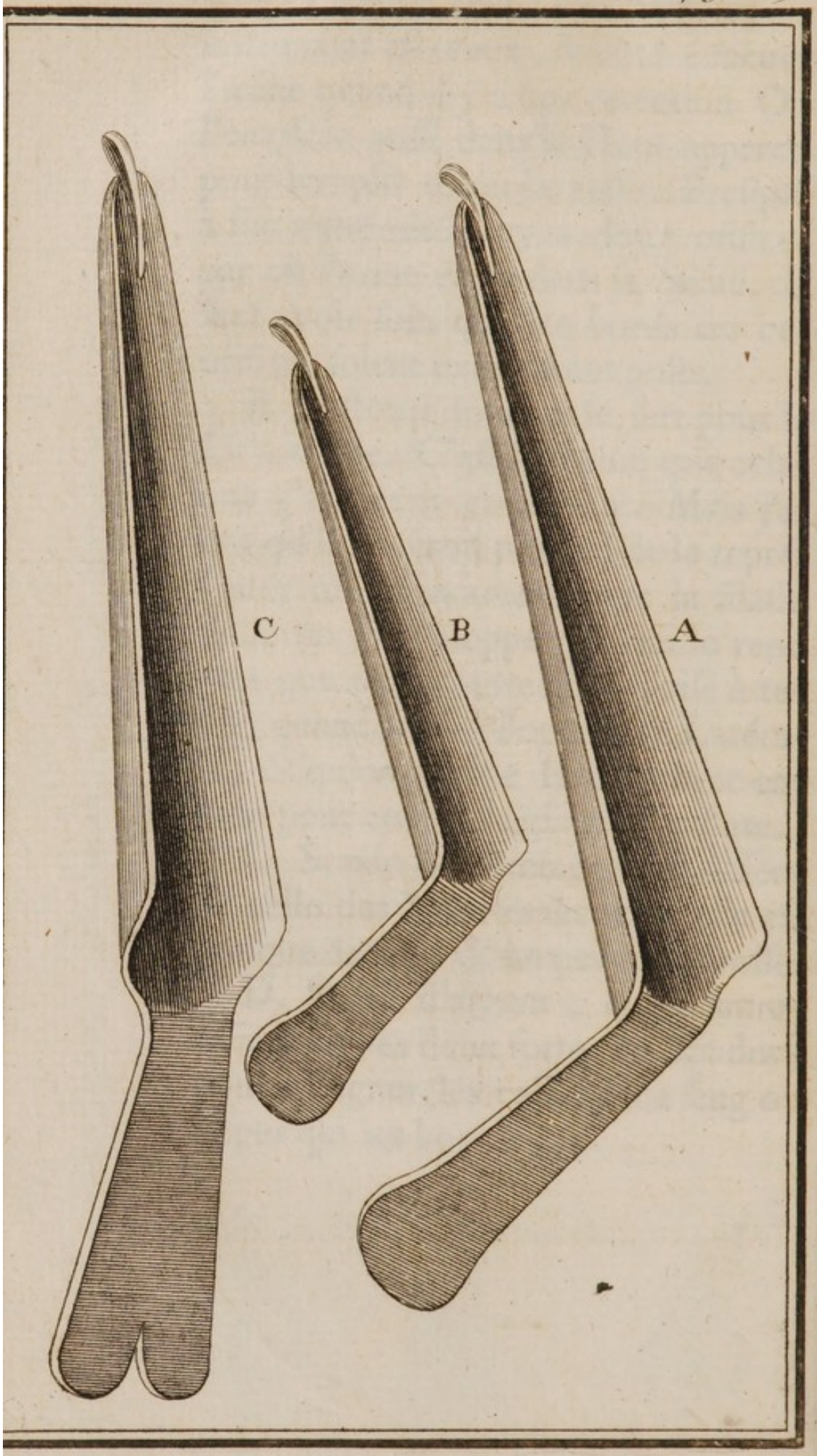

C
B
A

PLANCHE VI.

EXPLICATION.

A. Gorgeret dont on ſe ſert pour les hommes dans l'Opération Latérale.

B. Gorgeret dont on ſe ſert pour les enfans au-deſſous de cinq ans, dans l'Opération Latérale.

Un Gorgeret d'une groſſeur moyenne entre ces deux-là, convient pour les garçons depuis cinq ans juſqu'à quinze ou ſeize.

Ces inſtrumens ſont creux, afin de recevoir les Tenettes qu'on introduit dans la veſſie. Leur manche eſt de travers, afin qu'ils entrent plus facilement par la plaie des Proſtates, qui eſt faite obliquement, & au côté gauche de cette glande. La languette qui eſt au bout du Gorgeret, doit être plus mince que la crenelure de la ſonde, ſur laquelle ſe fait l'inciſion; parce qu'elle doit être reçûe dans cette crenelure. Il faut avoir ſoin

que les bords du Gorgeret près de la languette ne ſoient pas tranchans, de peur qu'au lieu de dilater la plaie, comme il doit faire, il ne coupe des deux côtés, quand on l'introduit; car alors il ſeroit difficile de porter les tenettes dans la veſſie.

C. Gorgeret, dont le manche eſt exactement au milieu. Cet inſtrument eſt employé dans l'ancienne Méthode de tailler. Tous les Gorgerets doivent être d'acier.

PLANCHE VII.

EXPLICATION.

A. Tenettes pour tirer la Pierre. On les a repréſentés un peu ouvertes, afin qu'on vît mieux les dents qui ſont intérieurement.

Elles doivent être de différentes grandeurs, ſuivant les différens âges & les différentes Pierres, depuis la longueur de celles qui ſont ici repréſentées, juſqu'à près d'un pied. Celles qui ont environ huit pouces de longueur,

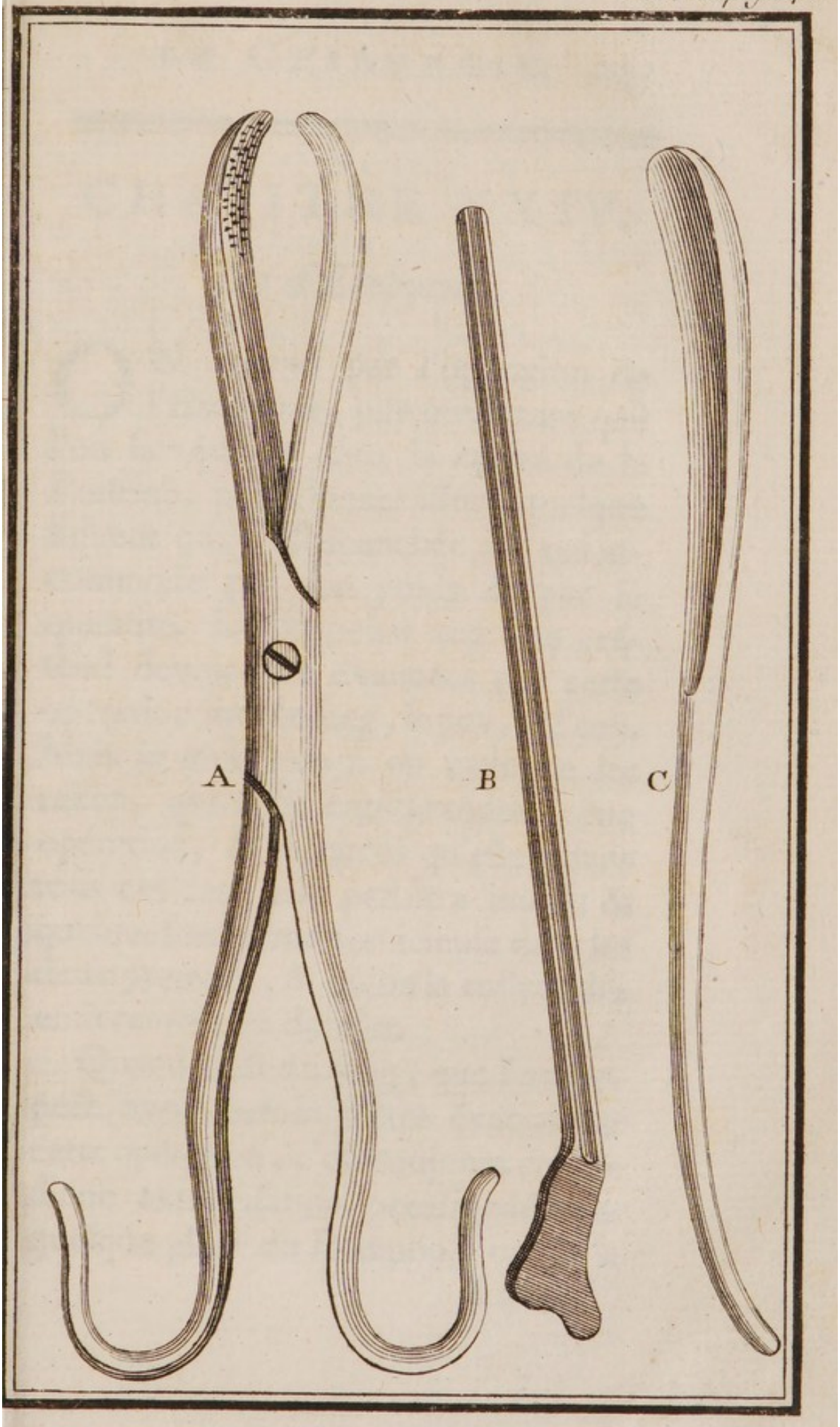
longueur, ſont généralement parlant les meilleures. Un Chirurgien doit néceſſairement être muni de quatre ou cinq paires de Tenettes de différentes grandeurs.

Ceux qui les fabriquent doivent avoir grand ſoin, quelles jouent aiſéſément ſur le clou, que les extrémités des ſerres ne ſe touchent pas, quand elles ſont fermées, & ſurtout que les dents ne ſoient pas trop grandes, de peur qu'entrant trop avant dans la Pierre elles ne la briſent. Il eſt encore important que les dents n'aillent pas plus près de l'entablure que je ne les ai ici repréſentées; parce qu'une petite Pierre qui ſe placeroit en cet endroit, & qui s'y trouveroit ſerrée, cauſeroit un grand écartement aux Tenettes, & rendroit l'extraction difficile: c'eſt pourquoi le dedans des mords près de l'entablure, doit être liſſe & poli, afin que la Pierre puiſſe gliſſer vers les dents.

B. Sonde crenelée qui eſt d'acier, & dont on ſe ſert pour conduire le Gorgeret, quand on fait l'extraction

de la Pierre dans les femmes.

C. Curette pour emporter la Pierre lorſqu'elle eſt briſée en petits morceaux comme du ſable. Le petit bout eſt utile pour chercher la Pierre dans la Veſſie, lorſqu'on y a fait l'inciſion. Cet inſtrument doit être d'acier.


A
B
C

CHAPITRE XXIV.

De l'Empyeme.

ON entend par l'opération de l'*Empyeme*, une ouverture que l'on fait juſque dans la cavité de la Poitrine, pour donner iſſue à quelque liqueur qui y eſt épanchée, & qui incommode par ſon poids & par ſa quantité. Les liqueurs que l'on prétend devoir être évacuées par cette opération ſont le ſang, le pus, & l'eau. Mais je crois que ſi on examine les raiſons qui font entreprendre cette opération, & le ſuccès qu'elle a dans tous ces cas; elle paroîtra inutile & quelquefois même pernicieuſe dans les deux premiers, & qu'on la reſtraindra entiérement au dernier.

Quand c'eſt du ſang, que l'on ſuppoſe avoir beſoin d'être évacué par cette opération, c'eſt toujours enſuite d'une extravaſation occaſionnée par quelque plaie du Poumon, ou de la

poitrine ; d'où il arrive un épanchement conſidérable ſur le Diaphragme, épanchement qui, à ce qu'on prétend, gêne la reſpiration, juſqu'à ce qu'il ſoit vuidé par une ouverture convenable que l'on fait dans la partie la plus baſſe de la cavité du *Thorax*. C'eſt ce qui eſt connu ſous le nom d'opération de l'*Empyeme*. Mais ſi les vaiſſeaux ſanguins qui ont été bleſſés, ſont fort gros, il n'eſt point du tout à propos d'ouvrir la partie inférieure de la poitrine, tant que l'hemorrhagie continue ; puiſque ce ſeroit procurer au ſang un écoulement dangereux, qui autrement s'arrêteroit peut-être, s'il ne trouvoit point d'iſſue.

Je ſçais qu'il y a des Chirurgiens qui admettant cette maxime, croyent cependant néceſſaire de faire l'opération quand l'hémorrhagie eſt arrêtée. Mais nous voyons que dans les plaies du poumon le ſang trouve ordinairement quelque iſſue par la plaie extérieure, ſi on la laiſſe ouverte ; & d'ailleurs il s'échappe continuellement

par la Trachée artére, qui s'en délivre par les crachats. Or quand nous n'aurions pas d'autres preuves de la faculté d'abſorber qu'ont les poumons, cela ſuffiroit pour nous perſuader que le ſang épanché peut s'évacuer par cette voie d'une maniére plus sûre, que par aucune ouverture qu'on pourroit faire dans la poitrine.

Si l'on croit que le ſang extravaſé, étant coagulé dans la poitrine ne ſçauroit être répompé par les vaiſſeaux du poumon; il ſe trouvera que dans ce cas-là même l'opération ordinaire n'aura pas le ſuccès qu'on ſe promet. Car outre que les poumons ſont ſouvent adhérens à la Pleure dans l'endroit de l'inciſion, ce qui ſeul empêcheroit abſolument d'en tirer aucun avantage; la profondeur & la petiteſſe de l'ouverture, & ſa hauteur au-deſſus du Diaphragme ſur lequel on ſuppoſe que le ſang caillé eſt épanché, rendront au moins le ſuccès fort incertain.

Si donc on ne doit pas avoir recours à cette opération pour vuider le ſang, quand on eſt sûr qu'il eſt extravaſé,

encore moins faut-il y avoir recours quand on en doute ; & il n'eſt pas à propos non plus de ſe ſervir pour cet effet de tentes ni d'injections.

Les régles qu'on trouve dans quelques Livres pour diſtinguer ſi une plaie eſt pénétrante, ont jetté les Praticiens dans de pernicieuſes méthodes, en leur conſeillant d'examiner les plaies avec la ſonde, ou pour être plus sûrs avec le doigt: car ſi on y va rudement, on déchire quelquefois juſque dans la poitrine ; du moins on force toujours les parties, ou bien on les preſſe trop, & ſouvent on ſépare les poumons de la Pleure, quand ils ſe trouvent adhérens. Toutes ces manœuvres violentes ne manquent pas de cauſer dans ces endroits-là des abſcès, ſurtout ſi on emploie enſuite des tentes & des injections.

Pour débaraſſer la poitrine du ſang épanché par la rupture de quelques vaiſſeaux qui s'y déchargent, la ſaignée eſt très-néceſſaire. Non-ſeulement elle arrête l'hémorrhagie, en affoibliſſant la circulation ; mais comme

elle déſemplit les vaiſſeaux, elle les met plus en état de repomper la liqueur extravaſée. Les doux purgatifs, & les pectoraux ſont encore fort utiles; mais il faut ſur toutes choſes obſerver une diete rigoureuſe.

Si l'artére intercoſtale eſt offenſée, on peut arrêter l'hémorragie par des moyens extérieurs. Pour ce qui eſt du ſang épanché dans la poitrine, il faut principalement abandonner à la nature le ſoin de l'évacuer, & traiter ſuperficiellement la plaie dans tous ces cas, ſans l'aggrandir. J'inſiſte d'autant plus ſur cette doctrine, qu'elle n'eſt pas fondée ſur une ſimple théorie. La pratique l'a confirmée d'une maniére ſurprenante en beaucoup de cas. Quant aux plaies de la poitrine en général, il y a une ſi grande différence pour le ſuccès, de les traiter avec des tentes, ou de ſe contenter d'un panſement ſuperficiel, qu'on ne ſçauroit, à mon avis, trop recommander cette derniere méthode.

Ce que je dis de l'excellence des panſemens ſuperficiels, ſans dilater la

plaie pour donner une iſſue au ſang ; ou au pus qui ſe forme enſuite, ne doit s'entendre que des piquures ou des inciſions faites par des inſtrumens tranchans, & qui ne ſont pas ſuivies d'une abondante ſuppuration. Car lorſque la plaie eſt faite par une arme à feu, on doit quelquefois changer de méthode, non-ſeulement à cauſe de l'eſcarre & de la grande ſuppuration, dont la plaie eſt ſuivie ; mais encore parce que la bâle y entraîne fort ſouvent avec elle des morceaux de linge ou d'étoffe.

Ce cas demande peut-être que la plaie ſoit dilatée, afin que le pus ſorte librement : mais ce n'eſt pas une raiſon ſuffiſante pour faire une ouverture à la partie inférieure de la poitrine ; puiſque la ſimple dilatation de la plaie fournira au pus & aux corps étrangers une iſſue beaucoup plus facile, qu'une ouverture qu'on feroit plus bas. La raiſon de cela eſt que les poumons étant enflammés à cauſe de la plaie, ſe trouvent d'ordinaire adhérens à la Pleure, & empêchent la com-

munication entre l'abſcès & la cavité qui eſt au-deſſous.

Dans le panſement de la plaie qui aura été dilatée, il faut avoir ſoin, en appliquant les bourdonnets, de ne comprimer qu'autant qu'il ſera néceſſaire pour tenir l'orifice extérieur ouvert, & de ne pas les enfoncer juſque dans la poitrine; car alors ils deviendroient une tente, & enfermeroient le pus qu'on a deſſein d'évacuer par la dilatation.

Après avoir montré que l'opération de l'Empyeme ne convient point dans les plaies de la poitrine, il ne ſera pas moins aiſé de faire voir, qu'elle eſt auſſi peu convenable dans les cas où l'on ſuppoſe qu'il y a du pus épanché dans cette cavité. Car ſi on fait l'opération en vûe de procurer une iſſue au pus, quand il y a abſcès aux poumons, elle ſera inutile; puiſque cet abſcès ſe décharge preſque toujours par la Trachée artére, lorſque les poumons ne ſont pas adhérens, & que l'ulcére ne perce pas au-dehors à travers les côtes.

Cela eſt ſi vrai pour l'ordinaire, qu'ayant ouvert pluſieurs perſonnes à qui un abſcès avoit conſumé une grande partie des poumons, je ne me ſouviens pas d'avoir trouvé aucun pus épanché dans leur poitrine. D'ailleurs il eſt évident que beaucoup de ceux qui meurent phthiſiques, meurent de ce qu'ils crachent leurs poumons. D'où l'on peut conclure que cette raiſon ne doit point engager à entreprendre l'opération, laquelle ne promet aucun heureux ſuccès.

Il peut y avoir à la vérité des abſcès, qui s'étant formés entre les poumons & le Médiaſtin, s'épanchent dans la cavité de la poitrine. Mais alors ſi le pus eſt en petite quantité, les poumons le repomperont; & s'il y en a beaucoup, l'opération ſervira de peu. Ces cas d'ailleurs ſont très-rares, & les ſymptomes par où l'on juge que le pus eſt épanché ſur le Diaphragme, très-équivoques. Ainſi je crois qu'il n'eſt point à propos de faire l'opération, lors même qu'on ſoupçonne un pareil épanchement.

En général toute inflammation de la Pleure ou des Poumons, eſt ſuivie d'une adhérence de ces deux parties. Cette adhérence donne lieu à la nature de s'ouvrir une iſſue extérieurement ; puiſqu'il eſt ordinaire dans les abſcès de la Pleure & des muſcles intercoſtaux, de les voir crever en-dehors, & que cela n'eſt pas rare dans ceux du poumon. Quand donc il y a adhérence, il ne faut pas d'autre opération que d'ouvrir la tumeur avec une lancette, lorſque le pus eſt formé. Et ſi la ſuppuration eſt tellement abondante, qu'il ne ſoit pas permis de conſolider l'ulcére extérieur, on peut le tenir ouvert avec une tente creuſe. C'eſt ainſi que pluſieurs perſonnes ont vécu long-tems avec une Fiſtule coulante.

La derniere ſorte de liqueur que l'on prétend devoir être évacuée par cette opération, c'eſt l'eau. Il eſt néanmoins très-rare qu'elle s'amaſſe de façon que l'opération y convienne. Car ſi l'Hydropiſie de poitrine ſe trouve compliquée avec une Anaſar-

que, ou même une Aſcite, il eſt certain que l'opération ne convient nullement. Elle ne peut gueres avoir lieu, que quand la maladie eſt ſimple, & qu'elle eſt produite par un vice des vaiſſeaux lymphatiques de la Pleure, ſemblable à celui qui affectant les vaiſſeaux lymphatiques de la tunique Vaginale, donne naiſſance à l'Hydrocele.

Les ſymptomes de l'Hydropiſie de poitrine ſont, une petite toux ſans crachats, une petite fiévre lente cauſée par la difficulté de reſpirer. On dit auſſi que par une prompte ſecouſſe on entend quelquefois la fluctuation de l'eau. En général ſon poids ſur le Diaphragme & le Médiaſtin eſt ſi incommode, qu'il oblige le malade de pencher le corps en-devant, lorſqu'il eſt dans une ſituation droite ; de ſe mettre ſur le côté affecté, lorſqu'il eſt couché ; & de ſe tenir ſur le dos pour la même raiſon, quand l'eau occupe les deux cavités de la poitrine.

La maniere de faire l'opération dans ce cas, eſt de choiſir la partie la

plus déclive du *Thorax*, que quelques-uns mettent entre la huitiéme & la neuviéme côte, & d'autres entre la neuviéme & la dixiéme; s'éloignant aſſez des Vertébres pour que l'épaiſſeur des chairs n'empêche pas de faire l'ouverture. On a déterminé que cette diſtance devoit être de cinq ou ſix travers de doigts; & c'eſt en cet endroit qu'on recommande d'ouvrir avec un biſtouri, ou un troicart.

Mais il ſe rencontre un grand nombre de difficultés dans cette opération. Il n'eſt pas aiſé de compter les côtes dans les perſonnes graſſes, & la plaie ſera fort profonde & embaraſſante à faire. On ne ſçauroit gueres éviter de bleſſer l'artére intercoſtale, qui en cet endroit ſe trouve placée entre les côtes; ou ſi on l'évite en coupant tout-contre une des côtes, celle-ci ne manquera pas de ſe carier à cauſe de la compreſſion qu'elle ſouffrira par les tentes qu'on emploiera enſuite. D'ailleurs l'inflammation de la plaie peut ſe communiquer au Diaphragme que l'on

ſuppoſe lui être preſque contigu, & cela peut avoir de très-fâcheuſes ſuites. Ainſi ſans qu'il ſoit beſoin d'oppoſer d'autres difficultés à l'opération de l'*Empyeme* faite de cette maniere, on ne ſçauroit, après ce que nous avons dit, regarder cette opération comme utile.

Mais ſi le ſeul avantage qu'on ſe propoſe en faiſant l'inciſion en cet endroit, eſt de procurer à l'eau beaucoup de pente; on viendra également bien à bout de l'évacuer, en ouvrant entre la ſixiéme & la ſeptiéme côte, à une égale diſtance du *Sternum* & de l'Epine du dos. Alors l'ouverture aura réellement autant de pente quand le malade ſera couché, qu'elle en a de l'autre façon quand il eſt ſur ſon ſéant; & par ce moyen on évitera tous les inconvéniens de l'autre méthode. En effet les chairs ont très-peu de profondeur à cet endroit du *Thorax*; l'artére ſe trouve à couvert dans la rainure de la côte, & le Diaphragme eſt fort éloigné; de ſorte que l'on n'a à craindre aucun des accidens fâcheux, auſquels j'ai dit que l'autre

méthode étoit ſujette ; & par conſéquent la nôtre eſt préférable.

Si on objecte que l'eau ne ſçauroit ſe décharger par cette ouverture tandis que le malade eſt ſur ſon ſéant, au lieu qu'en ouvrant à la partie inférieure de la poitrine, elle s'écoule continuellement ; on peut répondre, ce me ſemble, que l'eau étant une fois évacuée, il ne peut gueres s'en amaſſer en douze heures plus qu'il n'en tiendra ſur le Diaphragme audeſſous de l'ouverture qui aura été faite ſuivant la méthode ordinaire ; & que par conſéquent elle ne s'écoulera pas plus aiſément d'une façon que de l'autre.

On traitera la plaie conformément à l'état de l'écoulement. Si après le premier ou le ſecond jour il ne ſort plus rien, on peut la laiſſer refermer. Mais s'il vient encore quelque choſe, on peut la tenir ouverte avec une tente de plomb qui ſoit courte & creuſe, comme lorſqu'on veut évacuer du pus ; juſqu'à ce que la ceſſation de l'écoulement permette de cicatriſer ſans danger.

CHAPITRE XXV.

Des Tumeurs Enkiſtées.

CEs tumeurs tirent leur nom du Kiſt, c'eſt-à-dire de la poche où elles ſont renfermées; & de plus on les diſtingue par la qualité des matiéres qu'elles contiennent. Si la matiére qui les forme reſſemble à de la Bouillie, la tumeur eſt appellée *Atherome*. Elle porte le nom de *Meliceris*, ſi la matiére reſſemble à du Miel: & ſi c'eſt une ſubſtance graiſſeuſe, ou ſebacée, la tumeur ſe nomme *Steatome*. Il n'eſt pas facile de diſtinguer les deux premieres l'une de l'autre; mais on les diſtingue aiſément du *Steatome*, par leur molleſſe & leur fluctuation. Ces tumeurs attaquent toutes les parties du corps, & les endroits même où il n'y a point de glandes: ce qui, joint à ce que leur nature eſt toujours la même dès leur premiere formation, ne s'accorde gueres avec l'opinion de

quelque

quelques Modernes, qui veulent abſolument que ces ſortes de tumeurs ſoient des glandes obſtruées, dont les tuniques ſervent à former le Kiſt, & dont les liqueurs venant à s'extravaſer après avoir demeuré long-tems épaiſſies, forment la matiére qu'elles renferment.

Le *Steatome* n'eſt jamais douloureux; mais à la fin il devient incommode par ſon poids. Il n'eſt pas non plus une marque d'un vice général des humeurs: auſſi l'extirpation s'en fait-elle ordinairement avec ſuccès. Il y a des *Steatomes* fort gros, & qui ſouvent péſent cinq à ſix livres. Il s'en eſt même trouvé qui péſoient plus de quarante livres.

Quand le *Steatome* eſt d'une ſurface inégale, avec des éminences & des enfoncemens, on juge qu'il eſt formé par une matiére qui reſſemble au ſuif; au lieu que quand il eſt formé par une matiére graiſſeuſe, ſa ſurface eſt ordinairement égale & unie. Il ſera aiſé de comprendre en quoi conſiſte l'opération pour le *Steatome*, quand

nous aurons décrit celle qui ſe fait pour le Skirrhe.

L'*Atherome* eſt beaucoup plus commun que le *Meliceris* ; du moins ſi en ſe conformant à la coutume on donne ce nom à toute tumeur enkiſtée formée par une matiére qui n'eſt pas épaiſſie. Celles-ci ſont plus fréquentes & deviennent plus groſſes que celles dont la matiére eſt épaiſſie ; car ſouvent elles ſont accompagnées d'un virus ſcrophuleux, qui en rend la guériſon plus difficile.

Les Kiſts de ces tumeurs & la peau qui les couvre, ayant acquis une certaine étendue, ne peuvent plus ſe dilater ni augmenter, & ſouvent ils s'enflamment & ils crévent. Mais cette maniere de s'ouvrir n'eſt pas ſi avantageuſe pour la guériſon, que ſi on extirpoit la tumeur avec le biſtouri ; ce qui doit ſe faire lorſqu'elle eſt encore dans ſon commencement.

Quand ces tumeurs ne ſont pas plus groſſes qu'une petite pomme de Renette, on peut avec l'inſtrument les ſéparer de deſſous la peau, en y faiſant

ſimplement une inciſion en droite ligne. Mais ſi elles ſont plus groſſes, il faut couper un morceau de peau de figure ovale, afin d'avoir de l'eſpace pour manier le biſtouri, & emporter la tumeur.

Il arrive très-ſouvent que le Chirurgien en coupant la peau, offenſe imprudemment le Kiſt, qui ſe vuide par ce moyen. Dans ce cas il doit, avec le ſecours d'une Errhine, le ſéparer & l'emporter, autant qu'il eſt poſſible : méthode moins douloureuſe & beaucoup plus sûre, que de le détruire par des eſcarotiques. Cette regle doit encore s'obſerver, quand le Kiſt va ſi profondément entre les interſtices des muſcles, qu'il eſt impoſſible de l'emporter entiérement. Car alors ſi on en coupe une grande partie, le reſte s'en va ordinairement par la ſuppuration.

J'ai ouvert une fois un *Atherome* conſidérable de cette eſpece. Il étoit à peu près de la grandeur d'une forme de chapeau, ſitué ſous le muſcle Pectoral, s'étendant vers l'aiſelle entre

les gros vaiſſeaux, & preſſant contre la Clavicule. J'emportai par une inciſion circulaire un grand morceau de la peau, du muſcle Pectoral & du Kiſt; mais je n'oſai toucher à ſa partie inférieure, que je n'aurois pû enlever ſans découvrir les côtes. Cependant elle ſe ſépara par la ſuppuration de la plaie, qui durant quelque tems fut extrêmement abondante; toute la cavité ſe remplit, & le malade recouvra preſque entiérement l'uſage de ſon bras: après quoi il ſe détacha de la Clavicule à travers la peau deux ou trois petites eſquilles; & cela n'eut aucune ſuite fâcheuſe.

Le Ganglion du Tendon eſt une tumeur enkiſtée, du genre du *Meliceris*, mais dont la liqueur reſſemble au blanc d'œuf. Quand il eſt petit, il ſe diſſipe quelquefois de lui-même. On le guérit auſſi en le comprimant, & en frappant deſſus ſubitement. Mais pour l'ordinaire on ne vient à bout de le détruire que par l'extirpation.

La maniere de panſer dans ces divers cas, ne différe en rien de la méthode générale de traiter les plaies.

CHAPITRE XXVI.

De l'Extirpation de la mammelle Carcinomateuſe & Skirrheuſe.

RIEN de plus incertain que le ſuccès de cette opération, parce qu'il reſte toujours enſuite dans le tempérament une grande diſpoſition à former un nouveau Cancer dans la plaie, ou dans quelque autre endroit du corps. Quand un Skirrhe a duré long-tems, avant qu'on en vienne à l'opération, il ſemble que le malade a plus lieu d'eſperer de guérir, ſans danger d'une rechûte, que quand il s'eſt augmenté en peu de tems, & avec une douleur aigue. Je n'oſerois néanmoins aſſûrer cela bien poſitivement; mais en examinant tous ceux que je connois avoir été guéris, je trouve l'obſervation bien fondée juſques-là.

Il y a des Chirurgiens que le mau-

vais ſuccès de cette opération a tellement découragés, qu'ils la condamnent dans tous les cas, exhortant leurs malades à attendre patiemment la mort, plutôt que de s'expoſer à une opération, qu'ils ſuppoſent n'être jamais d'aucun ſecours. Mais les exemples où elle a conſervé la vie & rendu la ſanté, ſont en aſſez grand nombre pour qu'on puiſſe la recommander.

On connoît le Skirrhe, en ce qu'il n'y a point d'inflammation à la peau; que la tumeur eſt unie, mobile, point adherente à la poitrine, & ordinairement accompagnée d'une douleur lancinante, qui rend le mal plus ou moins dangereux, ſuivant qu'elle eſt plus ou moins vive. Il y a néanmoins des Skirrhes qui ſont peu, ou même point douloureux dans le commencement. A meſure que la tumeur dégénere en Cancer, qui eſt le dernier degré & le plus fâcheux état du Skirrhe, elle devient inégale & livide; ſes vaiſſeaux deviennent variqueux; enfin elle s'ulcére.

Pour extirper le Skirrhe, s'il eſt

petit, il ſuffira de faire une inciſion longitudinale. Mais s'il eſt trop gros pour qu'on puiſſe l'emporter de cette maniere, on coupera d'abord un morceau de la peau en ovale, d'une grandeur proportionnée à celle de la tumeur. Par exemple, ſi la tumeur avoit cinq pouces de long & trois de large, il faudroit couper un morceau de peau preſque de la même longueur, & de largeur d'environ un pouce & demi.

Quand il s'agit d'emporter une mammelle entiere, on peut ménager la peau, en n'en coupant qu'un morceau beaucoup moindre que la baſe de la mammelle, qu'on ſéparera avec circonſpection du muſcle Pectoral. Cela n'eſt pas difficile, parce que tous ces Skirrhes étant des glandes qui ont acquis plus de volume, ils ſont renfermés dans leurs membranes propres, qui les rendent entiérement diſtingués des parties voiſines, & font qu'on peut les en ſéparer aiſément. C'eſt au moins le cas de la tumeur, quand elle eſt mobile; car quelquefois elle eſt adherente au muſ-

cle qui eſt deſſous, & ce muſcle aux côtes; & alors l'opération eſt impraticable.

Si le Skirrhe de la mammelle eſt accompagné de glandes durcies à l'aiſſelle, l'amputation ne ſervira de rien, à moins qu'on n'emporte auſſi ces glandes: car il ne faut pas compter qu'elles ſe diſſiperont au moyen de la ſuppuration qui ſuivra la plaie de la mammelle. Les Chirurgiens doutent fort ſi on peut les extirper ſans bleſſer les gros vaiſſeaux, Mais j'en ſuis venu à bout, lorſqu'elles n'étoient pas en arriere, ni ſituées profondément.

Il faut arrêter l'hémorrhagie des groſſes artéres, en paſſant deux fois l'éguille à travers la chair, preſque autour de chaque vaiſſeau, & faiſant un nœud par-deſſus, qui l'enfermera néceſſairement. Pour découvrir l'orifice des vaiſſeaux, on nettoyera la plaie avec une éponge trempée dans l'eau chaude, & enſuite exprimée.

Les tumeurs skirrheuſes, qui viennent aux environs de la machoire inférieure, ſont d'ordinaire l'effet d'un

Virus

Virus écrouelleux, qui ſe fixe généralement dans les glandes ſalivaires. Ces tumeurs ſont très-opiniâtres & difficiles à guérir, quoiqu'elles ne ſoient pas auſſi fâcheuſes que le Skirrhe; puiſqu'elles ſuppurent ſouvent; après quoi elles guériſſent. Si après la guériſon elles s'abſcédent de nouveau, cela arrive parce qu'elles n'ont pas un bon fond. On peut quelquefois y remédier, en détruiſant par un cauſtique leur ſurface viciée. C'eſt une méthode que j'ai ſouvent pratiquée avec un ſuccés extraordinaire.

Il y a encore une autre eſpece de Skirrhe qui vient au cou, & dont l'extirpation eſt ſuivie d'un meilleur ſuccès que celle d'aucun des précédens. Il eſt formé par une augmentation de volume dans les glandes limphatiques, qui ſont placées tout-contre les veines jugulaires; & on le diſtingue du Cancer qui vient en cet endroit, en ce qu'il eſt mobile, ſans douleur, couvert d'une peau lâche; qu'il preſſe peu l'Oeſophage & la Trachée artére; & enfin par le bon état du

reſte du corps ; car rarement il altére le tempérament ; au lieu que les Cancers en cet endroit ne manquent pas de l'altérer très-peu de tems après qu'ils ſe ſont manifeſtés. La ſituation de ces tumeurs eſt telle, qu'il faut apporter en les extirpant beaucoup d'attention. La plus remarquable de cette eſpece que j'ai emportée, eſt une que je fus obligé de ſéparer de la veine jugulaire près de la longueur d'un pouce & demi, &c.

Ces tumeurs s'étendent quelquefois juſqu'au menton, vers le dedans de la bouche, & dans le voiſinage du conduit ſalivaire ; & s'il arrive qu'on le coupe en opérant, cela eſt fort difficile à guérir. Mais quand les moyens ſimples ne réuſſiſſent pas, on peut en venir à bout, en perçant la joue juſque dans la bouche, & cela à l'endroit où le conduit eſt bleſſé ; & on peut au moyen d'une tente ou d'un petit ſeton, rendre l'ouverture fiſtuleuſe. Enſuite en panſant extérieurement on empêchera de cette maniere l'écoulement de la ſalive ; &

l'orifice extérieur ſe conſolidera facilement.

Toutes ces plaies peuvent ſe traiter d'abord avec la charpie ſéche, & enſuite comme les plaies ordinaires faites par inciſion.

CHAPITRE XXVII.

De l'Opération du Trépan.

CETTE opération conſiſte à faire un ou pluſieurs trous au Crane, afin de pouvoir introduire un inſtrument pour relever quelques piéces d'os, qui par un coup violent ont été enfoncées & pouſſées contre le cerveau; ou afin de donner iſſue au ſang, ou au pus qui ſe trouve logé quelque part ſous le crane.

Les fractures du crane ſont toujours très-dangereuſes, non pas à cauſe du dommage que cettte partie reçoit en elle-même, mais parce que le cerveau eſt affecté, à raiſon de la compreſſion qu'il ſouffre de la part de l'os fracturé, ou de la part du ſang extravaſé & du pus. Si donc les ſymptomes que produit une fracture, ſont quelquefois la ſuite d'une ſimple extravaſation de ſang, comme il arrive lorſque le crane n'eſt pas enfoncé in-

térieurement ; il s'enſuit que la rupture des vaiſſeaux du cerveau, ſans qu'il y ait de fracture, doit néceſſairement cauſer les mêmes accidens. Auſſi eſt-on ſouvent obligé de trépaner, quoique le crane ne ſoit pas fort offenſé ; mais ſeulement les vaiſſeaux de la Dure Mere & de la Pie Mere.

Les Auteurs qui ont traité de cette opération, ont décrit ſous une grande variété de noms les différens accidens où elle convient. Mais les dénominations ordinaires, qui ſont en petit nombre, & connues de tous les Chirurgiens, ſuffiſent pleinement pour entendre la nature de tous les cas qui peuvent arriver.

Quand le crane eſt enfoncé au-dedans, ſans qu'il y ait de fracture, cela s'appelle *Enfoncement*. Quand il eſt briſé conſidérablement, cela s'appelle *Fracture*. S'il eſt briſé & enfoncé en même-tems, c'eſt *Fracture avec Enfoncement*. S'il eſt ſeulement fendu, ſans enfoncement, quoique ce ſoit proprement une Fracture, cela

porte le nom de *Fente* ou *Felure*. S'il ne paroît aucun de ces accidens, quoiqu'on les ait ſoupçonnés, on doit attribuer les ſymptomes à la commotion du cerveau. Ce ſont-là les quatre diſtinctions qui ſont en uſage, & qui renferment pleinement toutes les autres.

L'Enfoncement du crane ſans fracture eſt rare, & n'a lieu que dans les enfans, dont les os ſont plus ſouples & plus mols que ceux des adultes. J'en ai vû moi-même un exemple dans une jeune fille de ſept ans. Dès qu'elle fut bleſſée, elle eut les ſymptomes d'une compreſſion du cerveau, mais qui ceſſerent en peu de tems. Le coup produiſit une groſſe tumeur ſur l'os Parietal. Ayant été appellé pour la traiter quelques jours après l'accident, j'ouvris auſſi-tôt la tumeur, en emportant une portion du Péricrane de figure ronde, & je tirai beaucoup de caillots de ſang, qui étoient ſous le Perioſte. Je panſai enſuite l'enfoncement avec la charpie ſéche; & la malade n'ayant aucuns

mauvais ſymptomes, je continuai la même méthode, juſqu'à ce qu'au bout d'environ ſix ſemaines elle fut parfaitement guérie.

Quand on a reçû quelques coups au crane, qui demandent l'opération du Trépan, les ſignes de fracture ſont pour l'ordinaire fort évidens; car ſouvent le Péricrane eſt tellement déchiré, qu'elle ſe préſente à la vûe. Mais ſi la plaie du Péricrane eſt ſi petite, qu'on ne puiſſe qu'y introduire la ſonde, on doit alors juger de la fracture, en tâtant la ſurface de l'os, ayant attention de ne pas prendre une ſuture pour une fracture; comme Hippocrate reconnoît qu'il lui étoit arrivé à lui-même: & cet aveu ſincere qu'il a fait de ſa faute, afin d'empêcher les autres d'en commettre une pareille, ne l'a pas rendu moins recommandable à la poſtérité, que ſes autres grandes qualités.

Si le Péricrane n'eſt point entamé, il faut preſſer autour de la tête avec les doigts, juſqu'à ce que le malade ſe plaigne de ſentir de la douleur en

quelque endroit, qui ſera, ſuivant toute apparence, le ſiége du mal; & ſi le Péricrane eſt ſéparé du crane en cet endroit, c'eſt un ſigne preſque infaillible.

Les ſymptomes d'une fracture ſont le ſaignement par les oreilles & par le nez, la perte de ſentiment, le vomiſſement, l'aſſoupiſſement, le délire, la ſortie involontaire de l'urine & des excrémens. Mais celui ſur lequel on doit le plus compter, c'eſt l'enfoncement de l'os, ou l'inégalité de ſa ſurface extérieure: car tous les autres ſymptomes ſe rencontrent avec les ſimples commotions du cerveau, qui guériſſent ſans appliquer le Trépan; & d'un autre côté il y a des fractures où ils ne ſe trouvent pas, ou du moins ne ſont que legers: de ſorte que ces ſymptomes ſeuls, & ſans examiner la partie affectée, ne ſont qu'une regle bien incertaine pour reconnoître une fracture.

Dans les Commotions ſans fracture, qui ſont accompagnées des ſymptomes qu'on vient de rapporter,

& qui ſe terminent heureuſement, les vaiſſeaux du cerveau & de ſes membranes ſont ſeulement enflammés & dilatés; ou s'ils ſont rompus, ils repompent le ſang extravaſé. C'eſt pourquoi il faut aider la nature par des ſaignées copieuſes, par des lavemens, & par d'autres évacuations, & ſe comporter de même dans toutes les fractures où le malade n'eſt pas trépané ſur le champ.

Cependant quoique les Commotions accompagnées des fâcheux accidens dont j'ai parlé, guériſſent quelquefois; cela eſt ſi rare, que quand elles arrivent, il n'y a aucune raiſon qui doive faire négliger l'opération, ſinon l'impoſſibilité où l'on eſt de reconnoître l'endroit de la Commotion. Les occaſions que j'ai eues d'ouvrir des perſonnes qui étoient mortes d'une pareille maladie, m'ont pleinement convaincu du peu de fond que l'on doit faire ſur toute autre méthode que celle d'ouvrir le crane, pour vuider l'abſcès, qui devient fort conſidérable, parce que le pus ſe

trouve enfermé, & qui avant que de donner la mort, s'étend ſur une grande partie du cerveau.

Les Auteurs diſputent beaucoup ſur la poſſibilité du *Contre-coup*, c'eſt-à-dire, d'une fente du crane à un endroit de la tête oppoſé à celui qui a reçû le coup, ou d'une fracture de la table interne, tandis que l'externe demeure dans ſon entier. Mais il y a des exemples qui mettent la choſe hors de doute, ſuppoſé qu'ils ſoient rapportés fidelement; & il eſt très-certain, que ſi le malade ſent de la douleur dans un endroit éloigné de celui où il a reçû le coup, on peut en toute sûreté ouvrir le Péricrane, & appliquer le Trépan ſur l'endroit qui eſt le ſiége de la douleur.

Il y a des Chirurgiens qui prétendent que les vaiſſeaux du *Diploé* ſe rompent quelquefois dans une Commotion, & que le pus ſe faiſant un chemin à travers la table interne du crane juſqu'au cerveau, demande le Trépan. Mais je crois que cela eſt avancé ſans beaucoup de fondement.

Quand on eſt aſſûré qu'il y a fracture ou enfoncement, quoique les ſymptomes diminuent à un point conſidérable, il eſt à propos néanmoins de trépaner au plus vîte, afin d'empêcher que l'abſcès ne s'étende ; ce qui ne manque gueres d'arriver après la rupture des vaiſſeaux du cerveau & de ſes membranes, & ordinairement en peu de jours. Cependant on a vû beaucoup de fractures, qui n'ont pas été ſuivies d'un abſcès mortel, même bien long-tems après l'accident.

J'ai une fois trépané une jeune fille, environ cent jours après qu'elle eut reçû le coup. Il y avoit fracture & enfoncement à la partie inférieure de l'os Parietal, & à la partie ſupérieure du Temporal. La malade avoit ſaigné par le nez & par les oreilles, auſſi-tôt qu'elle eut été bleſſée : elle avoit été aſſoupie de fois à autre, & avoit reſſenti quelque petite douleur, juſqu'à ce que vers le quatre-vingt-dixiéme jour les ſymptomes de la compreſſion du cerveau devinrent

plus violents ; & peu de tems après je fus appellé. Cet exemple & plusieurs autres de même eſpece, qu'on trouve dans les Auteurs, montrent combien il y a peu à compter ſur la guériſon apparente d'une extravaſation de ſang, ou d'un enfoncement du crane ſur le cerveau, lorſqu'on n'a pas fait l'opération du Trépan.

La maniere de traiter une fracture du crane dépend de la nature de la fracture, & du dommage qu'a ſouffert le Péricrane. Si la plaie des tegumens eſt angulaire & avec déchirement, on pourra couper les lambeaux, & avoir par ce moyen de l'eſpace pour appliquer la couronne du Trépan. Si l'os eſt briſé en pluſieurs piéces, on peut les emporter avec les Pincettes ; ou s'il y a en même-tems un enfoncement du crane, les piéces qu'on aura ôtées donneront moyen d'introduire l'Elevatoire pour relever l'enfonçure, ſans qu'il ſoit néceſſaire de percer l'os.

Mais ſi la fracture n'eſt pas compliquée avec une plaie du Péricrane,

ou ſi cette plaie eſt trop petite pour appliquer le Trépan, ce qui arrive d'ordinaire; alors il faut découvrir la fracture, en emportant une grande piéce du Péricrane. Quelques Chirurgiens ont coutume de faire pour cela une inciſion cruciale; & ils préferent cette méthode à toute autre, s'imaginant que la plaie guérira bien plus aiſément après l'opération, au moyen du rapprochement qu'on fera de ſes angles; & qu'on évitera l'exfoliation de l'os, & l'ennui d'un long panſement, ſuppoſé qu'on ne trouve point de fracture, comme il arrive quelquefois après qu'on a inciſé le Péricrane. Mais tous ceux qui ont vû pratiquer l'inciſion cruciale, doivent ſentir la fauſſeté des raiſons qu'on emploie pour l'autoriſer. Car il n'arrive jamais, ou preſque jamais, qu'on ouvre le Péricrane pour examiner ſi le crane eſt fracturé, à moins qu'il n'y ait contuſion au Péricrane. Cette contuſion attire une ſuppuration copieuſe; & le pus ſe logeant entre le crane & la peau, empêche que le mal

ne guériſſe promptement, & cauſe même pour l'ordinaire une carie de l'os, accident qu'on a deſſein d'éviter par l'inciſion du Péricrane. Enfin les lévres de la plaie deviennent ſouvent calleuſes; deſorte que pour procurer la cicatrice, on eſt obligé de les couper.

Si ce que je dis contre l'inciſion cruciale eſt vrai, quand on ne trépane pas, il a encore bien plus de force, quand on eſt sûr de trépaner. C'eſt pourquoi lorſqu'on découvre le crane en vûe de faire l'opération, je crois qu'on doit toujours emporter un morceau du Péricrane, & que c'eſt-là une maxime inconteſtable. Le crane ne manque gueres de ſe revêtir de petits grains charnus au bout de quelques jours, ſi on le panſe ſimplement avec la charpie ſéche; & rarement il ſe carie, à moins qu'il ne ſoit rongé par le pus qui vient du cerveau en grande quantité.

Si après qu'il a été mis à nud, les nouvelles chairs tardent trop longtems à recouvrir ſa ſurface, on peut

accélerer leur régéneration, en faiſant de petits trous dans la ſubſtance de l'os, ou en la raclant avec la Rugine. La piéce du Péricrane que l'on enleve, peut avoir à peu près la figure ronde; & pour être plus aſſûré de l'étendue de la fracture, il eſt bon que la piéce enlevée ait tout autant de longueur. Il ſe trouvera, je penſe, peu de Chirurgiens qui veuillent expoſer le crane à nud dans une telle étendue. Mais quiconque connoîtra les grands avantages qu'on retire de cette méthode, & le peu de danger qui l'accompagne, ne balancera pas un moment.

Quand le Péricrane eſt emporté, il faut détacher le Perioſte, & arrêter le ſang ſur le champ. De cette maniere on pourra trépaner tout de ſuite. Cependant l'hémorrhagie a paru ſi incommode en cette occaſion, que ç'a été en conſéquence une pratique preſque univerſelle de remettre au lendemain à employer le Trépan. Mais cette crainte eſt ſans fondement: car ſi on lie les plus gros vaiſſeaux, il

eſt facile d'arrêter le ſang des autres avec un peu de charpie ſéche; & alors on opérera ſans aucun inconvénient. C'eſt la méthode que j'ai toujours ſuivie moi-même, & je la recommande aux autres, conſidérant la grandeur du danger, & que ſouvent le malade périt en moins de vingt-quatre heures, lorſque le cerveau eſt fortement comprimé par un os fracturé.

Avant que d'en venir à l'application du Trépan, il faut ſe ſouvenir qu'il y a des endroits du crane, où l'on ne ſçauroit appliquer cet inſtrument avec autant de sûreté que ſur d'autres. Tous les Auteurs diſent qu'il eſt dangereux de trépaner ſur toute la longueur de la ſuture Sagittale juſqu'au nez, à cauſe de l'épine intérieure de l'os Coronal, & du Sinus longitudinal ſupérieur qui regne ſous cet os. On ſuppoſe qu'il ſeroit néceſſairement bleſſé par la couronne du Trépan, & que l'hémorrhagie qui s'enſuivroit, feroit par conſéquent périr le malade.

Mais quoique l'on puiſſe, malgré l'opinion

l'opinion générale, trépaner ſur ce Sinus ſans l'offenſer, & que, quand on l'offenſeroit, l'hémorrhagie, ſuivant toute apparence, ne ſeroit pas mortelle, comme j'en ai vû deux exemples; cependant elle ſeroit au moins fort incommode: & puiſqu'on a de l'eſpace en cet endroit du crane, je crois qu'on ne doit point ouvrir en effet ſur toute la longueur dont j'ai parlé.

Les Sinus Frontaux ne permettent pas non plus d'appliquer le Trépan près des orbites des yeux. C'eſt pourquoi ſi l'os Coronal étoit enfoncé près de ces cavités, le Chirurgien devroit faire l'ouverture au-deſſus, ou à côté de la fracture: car s'il la faiſoit plus bas, il n'entreroit que dans le Sinus. Ainſi il manqueroit ſon but, qui eſt de procurer au pus une iſſue pour s'écouler du cerveau, ou d'avoir le moyen de relever l'enfonçure de l'os. D'ailleurs, l'ouverture du Sinus laiſſeroit peut-être une fiſtule incurable, ſuppoſé que le malade en réchappât.

L'os Occipital étant fort inégal, tant à ſa ſurface externe qu'à l'interne, l'opération du Trépan y eſt preſque impraticable; outre que les gros Sinus qui occupent une ſi grande étendue de cet os, laiſſent à peine aſſez d'eſpace pour le percer, ſans danger de les bleſſer. Mais auſſi il eſt tellement à couvert des injures extérieures par ſa ſituation & par ſa force naturelle, qu'il ne lui arrive pas auſſi ſouvent qu'aux autres os du crane d'être fracturé; & quand cela arrive, la fracture eſt ordinairement ſuivie d'une prompte mort; parce que le Cervelet qui eſt ſoutenu de cet os, ſe trouve endommagé : ainſi l'opération eſt rarement néceſſaire en pareille occaſion.

Il eſt vrai que l'angle ſupérieur de l'os Occipital eſt ſitué plus haut que le Cervelet; & que quand il eſt fracturé ou enfoncé, le danger n'eſt pas auſſi preſſant. Néanmoins comme le Sinus longitudinal paſſe ſous le milieu de cet angle, & que les Sinus lateraux ſitués plus bas n'en ſont pas éloignés; il eſt à propos dans le cas dont

il s'agit, de trépaner à la partie inférieure de l'os Parietal, ſans toucher à l'Occipital, où cette opération par conſéquent ne ſçauroit preſque jamais être convenable.

On peut obſerver que j'ai dit, en parlant des bleſſures du Cervelet cauſées par une fracture, qu'elles ſe trouvoient ordinairement mortelles. Je n'entreprendrai pas de décider combien de tems peut encore vivre un malade, quand il y a du pus ſur la ſurface de cette partie. Mais je crois qu'il n'eſt aucun exemple de guériſon après un abſcès du Cervelet; & quant à ſes plaies, elles ſont preſque auſſitôt ſuivies de la mort. Cette grande différence qui ſe rencontre entre le danger des maladies du cerveau, & celui des maladies du Cervelet, a fait croire que le premier eſt ſeulement l'organe des mouvemens animaux, & le ſecond des mouvemens vitaux.

Les endroits où l'on ne doit pas appliquer la couronne du Trépan, ſont donc les trois que j'ai rapportés, ſçavoir, la ſuture Sagittale, l'os Co-

ronal près des orbites des yeux, & l'os Occipital. Quand il y a fracture par-tout ailleurs plus haut que les oreilles, rien ne doit empêcher l'opération. S'il n'y a qu'une petite fente, ſans aucun enfoncement, ou mouvement de l'os, on peut trépaner ſur la fente même; ce qui donnera bien plus promptement une iſſue au ſang, ou au pus logé ſous l'os, que ſi on trépanoit à une certaine diſtance. Si la fente eſt conſidérable, & l'os affoibli ou enfoncé, on doit appliquer le Trépan à l'un des côtés de la fente; mais enſorte qu'elle faſſe partie de la circonférence de la piéce qu'on ſciera.

Il eſt toujours mieux de percer près du bord inférieur de la fracture, parce que la déclivité du trou fournira au pus une iſſue plus facile. Cependant la crainte mal fondée, que le cerveau ne ſortît par ce trou, a été cauſe que pluſieurs Chirurgiens célébres ſe ſont écartés de cette regle dans leur pratique. Si une ſeule ouverture ne ſuffit pas pour relever toute l'enfonçure de l'os, il faudra en faire

une ſeconde & une troiſiéme, & même davantage, juſqu'à ce qu'on ait rendu tout le crane uni.

Il eſt ſouvent néceſſaire de recommencer cette manœuvre deux ou trois fois, & dans une occaſion on l'a réiterée juſqu'à douze fois avec ſuccès; ce que je rapporte pour montrer le peu de danger qu'il y a de ſcier le crane, ou d'expoſer à nud la Dure Mere & le Cerveau, lorſqu'il n'y a plus de compreſſion. En effet, l'inconvénient de découvrir le cerveau eſt ſi peu de choſe en comparaiſon d'une commotion, ou d'un abſcès cauſé par le pus enfermé ſous le crane; que les fractures du crane, où l'os dans toute ſon étendue eſt briſé & réduit en eſquilles, mais que l'on peut ôter, guériſſent beaucoup plus vîte, qu'une ſimple fente, où l'abſcès ne ſçauroit ſe vuider librement. Ainſi quoiqu'une fracture avec enfoncement puiſſe être relevée par le moyen d'une ſeule ouverture; neanmoins ſi elle eſt d'une longueur conſidérable, il eſt preſque abſolument néceſſaire d'en

faire une ou deux autres pour faciliter l'écoulement du pus. Faute de cette précaution on voit des abſcès dont la ſuppuration augmente chaque jour, & qui au bout de quelques ſemaines emportent le malade.

Ceux qui ſont dans l'occaſion d'ouvrir des perſonnes qui ſont mortes de cet accident, ſeront convaincus de la vérité de ce que j'avance : car ils trouvent conſtamment du pus logé ſur le cerveau, non-ſeulement dans toute l'étendue de la fente, mais encore tout autour, & qui même s'étend quelquefois ſur un quart de la ſurface du cerveau.

Dans les commotions du cerveau ſans fracture du crane, ſi on emploie le Trépan, & qu'il y ait enſuite une abondante ſuppuration, il ſera à propos de faire encore d'autres ouvertures qui aillent juſqu'à l'abſcès ; dont on conjecturera facilement la ſituation, en examinant de quel côté vient le pus.

Voici la maniére de trépaner. Ayant ſitué le malade de telle façon qu'il ait

la tête ſtable, ſoit dans un lit, la tête appuyée ſur le traverſin, ſoit qu'on le place dans une chaiſe baſſe ; le Chirurgien marquera avec la Pyramide de la Couronne le centre de la piéce d'os qu'il veut enlever. Enſuite avec le Trépan Perforatif il fera un trou aſſez profond pour recevoir la Pyramide. Celle-ci étant ferme dans le trou, empêchera la couronne de gliſſer; & les choſes étant en cet état, le Chirurgien continuera de ſcier, juſqu'à ce que l'impreſſion faite par la couronne lui donne de la ſtabilité ſans le ſecours de la Pyramide; qu'il faut ôter alors, de peur qu'elle ne bleſſe le cerveau avant que la couronne ait traverſé le crane, comme elle ne manqueroit pas de le bleſſer à la fin, parce qu'elle excede la couronne en longueur.

En perçant l'os, il ſe met de la ſcieure entre les dents de la couronne, lorſqu'on arrive au *Diploé*. C'eſt pourquoi il faut avoir toute prête une petite broſſe, afin de les nettoyer de tems à autre; & avec une

ſonde pointue il faut emporter la pouſſiere qui ſe trouve dans la marque circulaire que fait la couronne ; ayant attention, ſi cette marque eſt plus profonde d'un côté que d'un autre, d'appuyer enſuite davantage du côté que l'impreſſion eſt moindre, afin de pouvoir ſcier toute l'épaiſſeur de l'os en même-tems. Pour exécuter tout cela ſans s'arrêter que le moins qu'il eſt poſſible, il ſera bon d'être muni de deux couronnes qui ſoient préciſément de même grandeur, afin qu'un Aide puiſſe nettoyer l'une, tandis que le Chirurgien opére avec l'autre.

On conſeille de ſcier hardiment, juſqu'à ce qu'on ſoit arrivé au *Diploé* ; & on dit qu'il ſe fera toujours reconnoître par le ſang qui en ſortira. Ce ſigne néanmoins n'eſt pas certain, & on ne doit pas s'y tenir : car quoique le *Diploé*, par-tout où il eſt, ſe manifeſte par le ſang qu'il fournit ; quelquefois cependant le crane eſt ſi mince, qu'il n'a point de *Diploé*. Alors ſi l'Opérateur continuoit à pouſſer ſon inſtrument, dans l'attente de rencon-

trer

trer cette ſubſtance, il bleſſeroit imprudemment le cerveau. Ce cas n'eſt pas fort commun; mais il l'eſt aſſez pour qu'on ſe tienne ſur ſes gardes, & qu'on ſe donne la peine d'examiner, ſi après qu'on a un peu ſcié, la piéce d'os ne branle point. C'eſt l'unique regle qu'on doive ſuivre, quand on eſt au-delà du *Diploé*; & avant que d'y parvenir, on peut également faire attention à cette regle, ſans perdre beaucoup de tems. La piéce d'os étant entiérement ſciée, & ne tenant plus à rien, on peut l'enlever avec les Tenettes inventées pour cet effet; & ſi le bord inférieur du trou près de la Dure Mere eſt garni de petites pointes d'os, on pourra le ratiſſer & le rendre uni avec un couteau Lenticulaire.

Voilà le principal de l'opération du Trépan. Tout ce qui reſte à faire, c'eſt d'introduire une Elevatoire dans l'ouverture, & de relever avec cet inſtrument l'enfonçure, ou les morceaux fracturés, ſi on ne peut les ſaiſir autrement, & de tirer les caillots de

ſang, ou les autres corps étrangers. Si la Dure Mere n'eſt ni bleſſée ni déchirée, il faut y faire une inciſion, pour donner iſſue au ſang ou au pus, qui ne manquent gueres de ſe trouver ſous cette membrane, lorſque les ſymptomes ont été fâcheux, & qu'il n'eſt ſorti aucune de ces matiéres d'entre le cerveau & la Dure Mere.

Je me ſuis ſervi dans tout ce Chapitre du mot de *Trépan*, afin de me faire mieux entendre. Mais l'inſtrument que je recommande en place, eſt une *Trephine*, dont les avantages, de même que ceux de la couronne cylindrique, ſont décrits dans l'explication de la figure qui la repréſente.

Quant au panſement de ces differentes plaies, comme la plus grande partie du mal vient de la quantité du pus, & de la compreſſion qu'il cauſe au cerveau, tout ce qui approche de la nature d'une tente, & qui augmente cette quantité & cette compreſſion en tenant le pus enfermé, ne ſçauroit manquer, à ce que je crois, d'être

pernicieux. C'eſt pourquoi je conſeille de ne ſe ſervir d'aucun *Sindon*, quel qu'il ſoit. Je n'approuve point non plus qu'on applique auſſi-tôt de l'eſprit-de-vin, comme on le conſeille ordinairement. L'eſprit-de-vin, généralement parlant, ne convient point dans les inflammations. D'ailleurs, il fronce les vaiſſeaux de la Dure Mere & du cerveau, & arrêtant la ſuppuration il produit quelquefois la gangrêne.

Ainſi puiſqu'on ne doit rien appliquer qui comprime fortement, & que toute la vertu que peuvent avoir les remédes topiques, ne ſçauroit le plus ſouvent ſe communiquer à l'abſcès, par la raiſon qu'il s'étend au-delà de l'ouverture du crane; le meilleur reméde qu'on puiſſe employer, eſt la ſimple charpie ſéche, qu'il faut appliquer mollement, afin de donner jour au pus, & la renouveller deux fois par jour, juſqu'à ce que la ſuppuration ſoit diminuée. Alors il ſuffira de panſer une fois en vingt-quatre heures, juſqu'à la fin du traitement, qui ſera un peu retardé par les exfoliations,

dont l'opération eſt quelquefois ſuivie. Le malade peut enſuite porter une plaque d'étain ſur la cicatrice, afin de la garantir des coups, & des autres injures extérieures.

PLANCHE VIII.

EXPLICATION.

A. Perforatif, appellé communément Trépan Perforatif. C'eſt avec cet inſtrument qu'on a coutume dans l'opération du Trépan de faire un trou au centre de la piéce d'os qu'on doit enlever, afin d'y placer la Pyramide. Néanmoins ſi la Pyramide eſt bien affilée & n'avance pas beaucoup au-delà des dents de la couronne, comme dans celle qui eſt marquée par la lettre B, on ſe paſſera très-aiſément du Perforatif. Mais comme la pointe de la Pyramide s'émouſſe bien-tôt en perçant, & que cela empêche la ſtabilité de la couronne qui ſcie; je crois qu'il eſt à propos d'avoir un Perforatif tout prêt. Il eſt encore commode

pour faire de petits trous dans la ſubſtance des os, afin d'aider la génération des petits grains charnus ſur leurs ſurfaces. Quand on s'en ſert, il doit être reçû & arrêté dans le manche C.

B. Couronne, ou Scie du Trépan avec la Pyramide qui déborde ſeulement tant ſoit peu les extrémités des dents. On peut obſerver que la figure de cette Couronne eſt cylindrique; en quoi elle différe des ordinaires, qui ſont entiérement coniques, & dont quelques-unes le ſont conſidérablement. Les Chirurgiens ont crû généralement que cette forme conique étoit très-avantageuſe. Premierement ils ſe ſont imaginé qu'on pourroit aiſément bleſſer le cerveau, en ſciant trop promptement le crane, ſi à meſure qu'on avance dans l'os, on ne rencontroit pas une plus grande difficulté, à raiſon de l'élargiſſement de la Couronne, & ſi l'action de l'inſtrument ne devenoit pas extrêmement lente. Tout cela leur a paru de la derniere importance. On s'eſt encore

perſuadé, que ſi le diametre de la Couronne n'étoit plus petit vers les dents que vers la baſe, il ſeroit impoſſible de la pencher du côté où elle auroit fait une impreſſion moins profonde qu'ailleurs; d'où il arriveroit qu'un côté de la piéce d'os ſe trouveroit entiérement ſcié, & le cerveau ou ſes membranes offenſées; tandis que d'autre part la Couronne n'auroit peut-être pas traverſé la premiere table du crane. La derniere raiſon conſidérable en faveur de la Couronne de figure conique, c'eſt qu'elle reçoit plus facilement, & enſuite retient mieux dans ſa cavité la piéce d'os qui a été ſciée.

Mais je penſe que tous les avantages qu'on attribue à cette figure ſont très-legers. La peine que l'on éprouve à ſcier ſi lentement & ſi difficilement, n'eſt pas ſeulement fort incommode pour l'Opérateur; elle eſt encore abſolument inutile pour l'opération. Car quand on ſe ſert d'une Couronne cylindrique, avec laquelle on ne rencontre d'autre obſtacle,

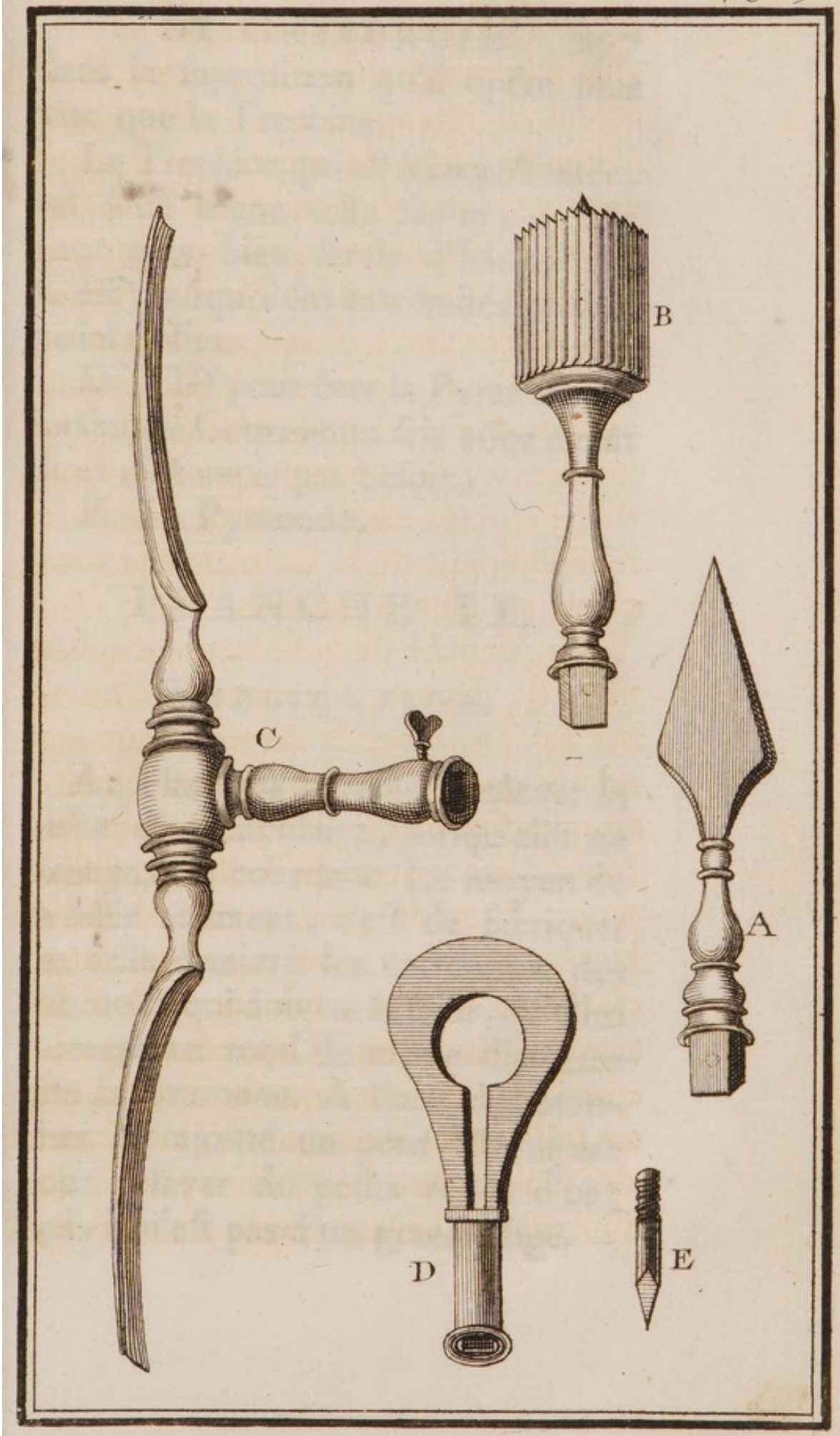
ſinon l'os qui ſe trouve devant les dents de l'inſtrument; on ne laiſſe pas malgré cela d'avancer par degrés; & ſuivant ce que l'expérience m'a appris, je ne vois pas qu'on riſque le moins du monde de tomber tout-à-coup ſur le cerveau, comme on appréhende; ſi on eſt attentif à ne pas trop appuyer ſur l'inſtrument, quand l'os eſt preſque entiérement ſcié.

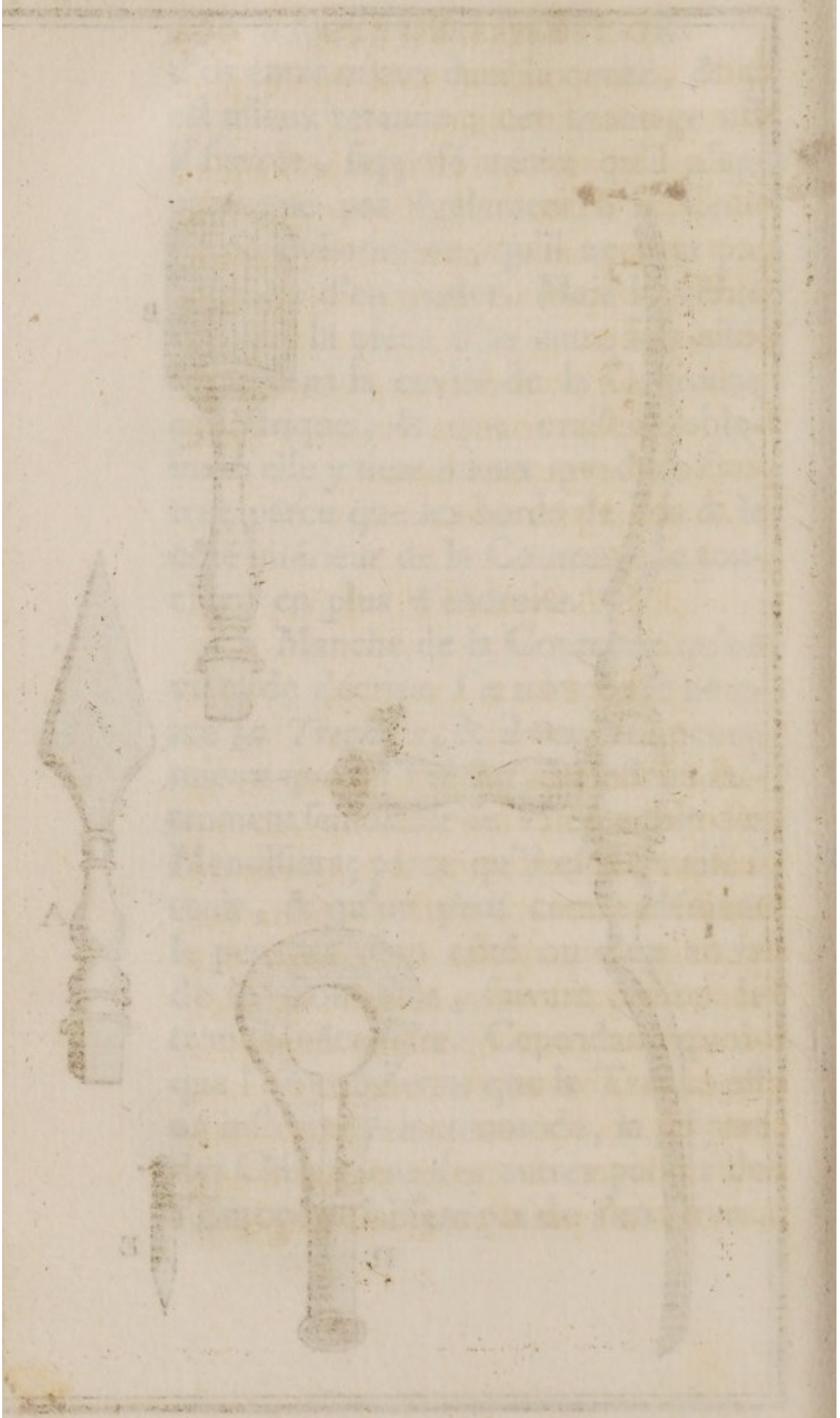
Pour ce qui eſt de l'impoſſibilité de pencher la Couronne d'un certain côté, lorſque la piéce d'os eſt ſciée inégalement, impoſſibilité qu'on allegue d'ordinaire; quiconque en fera l'eſſai, découvrira auſſi-tôt la fauſſeté de ce raiſonnement. Il eſt même contradictoire: car ſi on a déja ſcié plus profondément dans un endroit que dans un autre, il s'enſuit qu'on a appuyé plus fortement dans un endroit que dans un autre: ainſi on peut, quand on voudra, faire la même choſe une ſeconde fois.

Quant au dernier avantage qu'on prétend retirer de la Couronne de figure conique, ſçavoir que la piece

d'os entre mieux dans ſa cavité, & y eſt mieux retenue ; cet avantage eſt ſi frivole, ſuppoſé même qu'il n'appartienne pas également à la Couronne cylindrique, qu'il ne vaut pas la peine d'en parler. Mais la vérité eſt, que la piéce d'os entre fort aiſément dans la cavité de la Couronne cylindrique, & que vraiſemblablement elle y tient mieux que dans l'autre ; parce que les bords de l'os & le côté intérieur de la Couronne ſe touchent en plus d'endroits.

C. Manche de la Couronne qu'on vient de décrire. Ce manche ſe nomme *la Trephine*, & il vaut beaucoup mieux que le Trépan, qui eſt un inſtrument ſemblable au Virebrequin des Menuiſiers ; parce qu'il eſt fort aiſé à tenir, & qu'on peut commodément le pencher d'un côté ou d'un autre de la Couronne, ſuivant qu'on le trouve néceſſaire. Cependant quoique l'on convienne que le Trépan eſt un inſtrument incommode, la plûpart des Chirurgiens des autres parties de l'Europe ne laiſſent pas de s'en ſervir,


B
C
A
D
E



dans la ſuppoſition qu'il opére plus vîte que la Trephine.

La Trephine qui eſt ici repréſentée, eſt faite d'une telle façon, qu'elle peut très-bien ſervir d'Elevatoire. C'eſt pourquoi ſes extrémités ne ſont point polies.

D. Clef pour ôter la Pyramide E. lorſque la Couronne a ſcié aſſez avant pour n'en avoir pas beſoin.

E. La Pyramide.

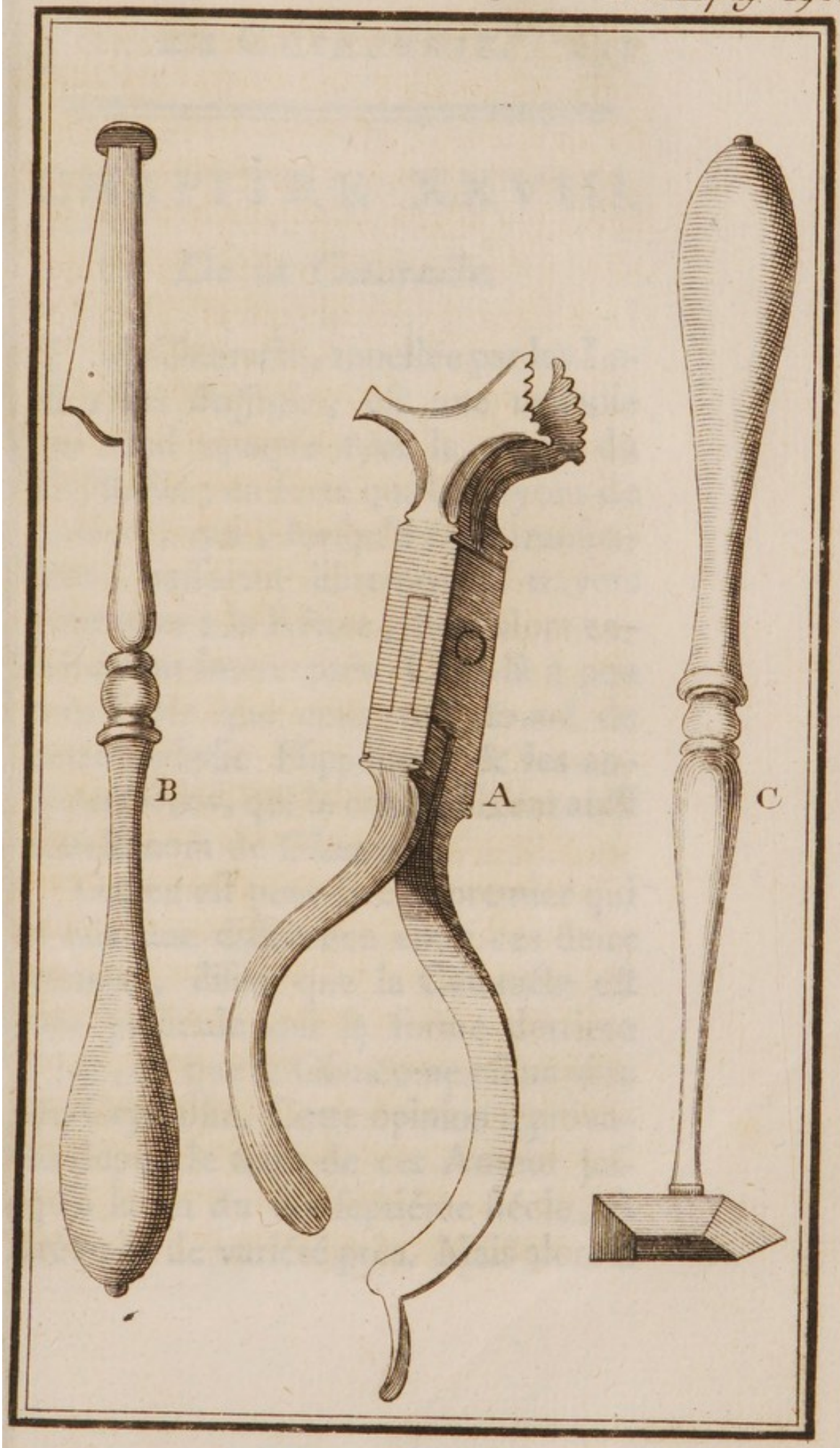
PLANCHE IX.

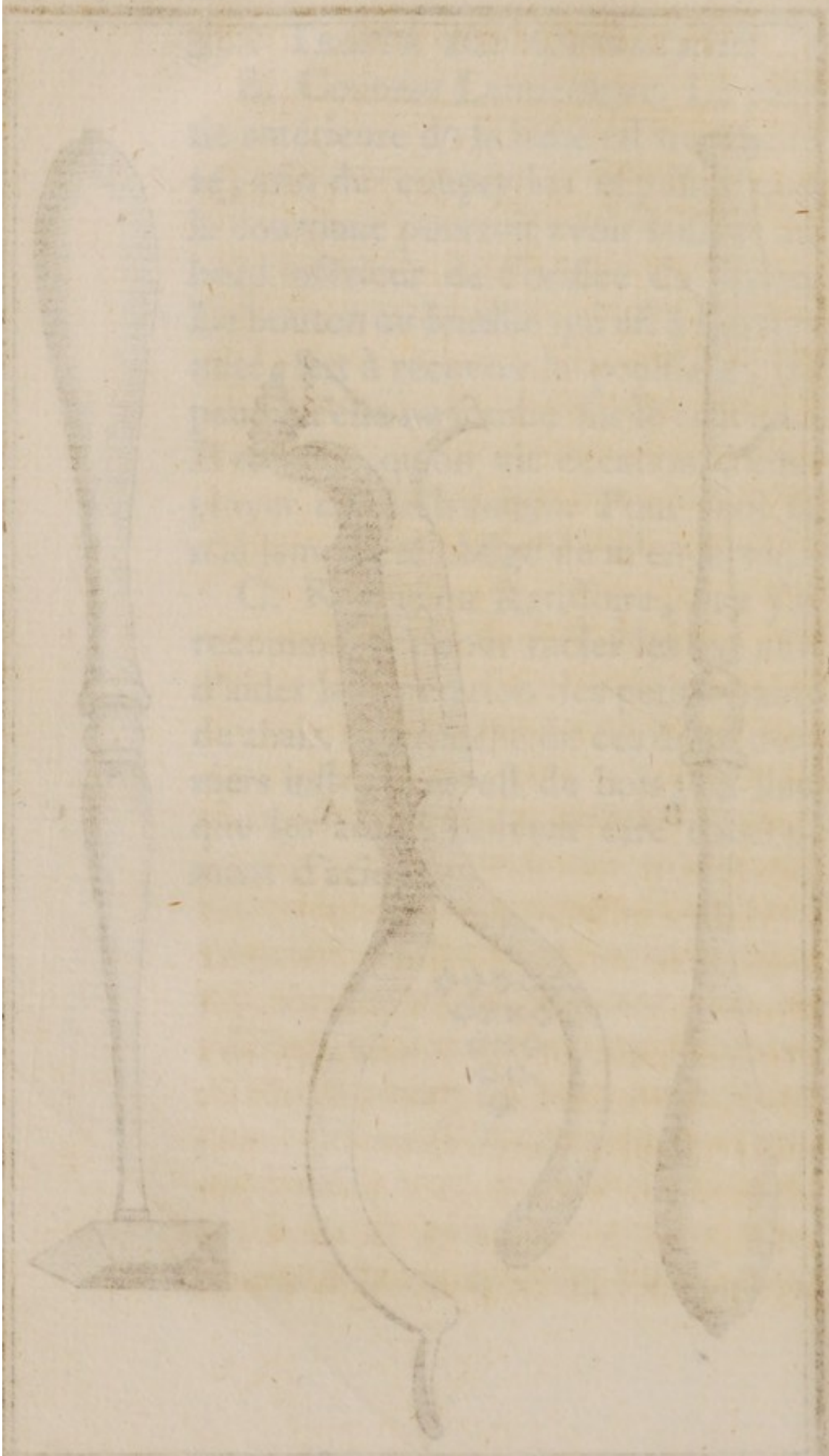
EXPLICATION.

A. Pincettes propres à enlever la piéce d'os circulaire, lorſqu'elle ne tient pas à la couronne. Le moyen de la ſaiſir aiſément, c'eſt de fabriquer de telle maniere les extrémités des Pincettes qui doivent la ſaiſir, qu'elles forment un rond de même diametre que la couronne. A l'une des branches eſt ajoûté un petit Elevatoire pour relever de petits éclats d'os; mais il n'eſt pas d'un grand uſage.

B. Couteau Lenticulaire. La partie antérieure de ſa lame eſt tranchante, afin de couper les eſquilles que la couronne pourroit avoir laiſſées au bord inférieur de l'orifice du crane. Le bouton ou lentille qui eſt à l'extrémité, ſert à recevoir la pouſſiere, de peur qu'elle ne tombe ſur le cerveau. Il eſt rare qu'on ait occaſion d'employer cet inſtrument. Pour moi je n'ai jamais été obligé de m'en ſervir.

C. Rugine ou Ratiſſoire, que j'ai recommandée pour racler les os, afin d'aider la génération des petits grains de chair. Le manche de ces deux derniers inſtrumens eſt de bois; au lieu que les autres doivent être entiérement d'acier.


B
A
C



CHAPITRE XXVIII.

De la Cataracte.

LA Cataracte, appellée par les Latins *Suffuſio*, eſt une maladie qui rend opaque tout le corps du Cryſtallin ; en ſorte que les rayons de lumiere, qui, lorſqu'il étoit tranſparent, paſſoient librement à travers pour aller à la Rétine, ſont alors entiérement interceptés. C'eſt-là à peu près l'idée que nous ont donné de cette maladie Hippocrate & les anciens Grecs, qui la connoiſſoient auſſi ſous le nom de *Glaucome*.

Galien eſt peut-être le premier qui a mis une différence entre ces deux termes, diſant que la Cataracte eſt une pellicule qui ſe forme derriere l'*Iris*, & que le Glaucome eſt un vice du Cryſtallin. Cette opinion a prévalu depuis le tems de cet Auteur juſqu'à la fin du dix-ſeptiéme ſiécle, à très-peu de variété près. Mais alors il

s'éleva une diſpute ſur la diſtinction que faiſoit Galien ; quelques Modernes ſoutenant avec Hippocrate, que la Cataracte eſt toujours une maladie du Cryſtallin : ce qu'ils appuyerent de ſi bonnes raiſons, qu'il n'eſt preſque perſonne aujourd'hui qui ne ſoit de leur ſentiment. Cela n'a pas empêché que depuis quarante ans endeça, il n'y ait eu encore pluſieurs conteſtations ſur cet article.

Les Mathématiciens ayant obſervé que le défaut de la vûe qui reſte après l'opération de la Cataracte, répond à peu près à ce que cauſeroit l'abſence du Cryſtallin, ont tâché de prouver par-là que l'opération ne conſiſte que dans l'abbaiſſement de cette humeur ; après quoi l'œil n'exécute plus ſa fonction qu'avec l'humeur Aqueuſe, & l'humeur Vitrée. Mais comme ces deux dernieres ne ſont pas auſſi denſes que le Cryſtallin, elles ne cauſent pas aux rayons de lumiere une refraction ſuffiſante pour les réunir ſur la Rétine. C'eſt pourquoi les malades ſont obligés, quand ils ſont guéris,

de ſe ſervir de verres convexes, afin de ſuppléer au défaut du Cryſtallin qu'on a abbatu.

M. *Petit* Docteur en Médecine, & un des plus habiles Anatomiſtes de Paris, après avoir examiné la ſtructure de l'œil avec la derniere exactitude, a montré qu'il ne pouvoit y avoir de pellicule dans la chambre poſtérieure; parce que cette chambre eſt trop petite, que le Cryſtallin eſt trop proche du derriere de l'Iris, & qu'outre cela il ſeroit impoſſible de déloger une ſemblable pellicule, ſans offenſer le Cryſtallin que l'on ſuppoſe n'être point vicié.

Une meilleure preuve encore, c'eſt que les Anatomiſtes qui ont ſouvent diſſequé des yeux attaqués de Cataracte, après la mort des perſonnes, ont toujours trouvé que c'étoit une opacité de l'humeur cryſtalline, conformément à la définition du Glaucome. D'où il réſulte qu'on doit regarder les termes de *Cataracte* & de *Glaucome* comme des termes ſynonymes; puiſque ce n'eſt en effet qu'une ſeule & même maladie.

Je penſe qu'il eſt inutile de rapporter ſur cette queſtion les raiſons du parti contraire : car elles ont peu de force, & ſont preſque univerſellement rejettées.

Les Oculiſtes de tous les pays, en décrivant la nature de la Cataracte, ont établi comme une maxime sûre, que l'opération ne convient que dans un certain état de maladie ; & cet état s'appelle la maturité de la Cataracte. Ils ont comparé cette maturité à celle d'un fruit ; & ont ſuppoſé qu'il ſe fait un changement régulier dans la conſiſtence du Cryſtallin dès le moment qu'il eſt affecté. Ils diſent que dès le commencement de la maladie il ſe fond, ce qui arrive par dégrés ; & qu'étant parvenu au plus haut point de liquefaction, il s'épaiſſit enſuite ſucceſſivement, & toujours de plus en plus, juſqu'à ce qu'enfin il devient entiérement dur, ou comme ils s'expriment, ſemblable à de la corne.

Ils ajoutent que l'habileté de l'Oculiſte conſiſte à choiſir ſi juſtement ſon tems pour faire l'opération, que la

Cataracte ne ſoit pas trop molle, parce qu'alors éludant les efforts de l'éguille, elle ne pourroit être abbatue ; & qu'elle ne ſoit pas auſſi trop dure, parce que les fibres qui l'attachent ayant de l'élaſticité, & n'étant pas entiérement rompues par l'éguille, la feroient auſſi-tôt remonter.

Voilà en peu de mots ce qu'on enſeigne communément ſur cette matiére. Mais je crois qu'il y a grand ſujet de revoquer en doute ces changemens réguliers de conſiſtence dans le Cryſtallin ; puiſque j'ai vû des Cataractes de vingt ou trente ans, qui ſe trouvoient molles & laiteuſes dès qu'on les touchoit avec l'éguille ; & que j'en ai vû pluſieurs autres qui au bout de quatre ou cinq mois, je pourrois même dire de quatre on cinq jours, avoient acquis un dégré convenable de conſiſtence, lorſqu'elles étoient la ſuite d'un coup ou d'une piquure.

Ces deux cas ne s'accordent gueres avec le changement que l'on ſuppoſe. Ils ſe détruiſent même abſolument, &

montrent que la Cataracte, lorſqu'elle eſt devenue tout-à-fait opaque, peut ſouvent conſerver le même dégré d'épaiſſiſſement juſqu'à la fin de la vie, & que c'eſt peut-être ce qui arrive d'ordinaire.

Je ne dis pas que les Cataractes acquierent toujours fort promptement leur plus grande dureté. Ce qu'on peut conclure des obſervations que j'ai rapportées, c'eſt que dès qu'elles ſont entiérement opaques, l'opération convient. C'eſt la méthode que j'ai ſuivie juſqu'à préſent, & je ne trouve aucune raiſon de m'en écarter.

Ainſi puiſque le Glaucome eſt réellement la même choſe que la Cataracte, on doit une fois pour toutes abandonner la diſtinction qui ſe fait de ces deux maladies, & qui eſt purement imaginaire.

Ce que nous avons dit touchant la conſiſtence de la Cataracte, ſçavoir que de quelque nature que ſoit cette conſiſtence, le ſeul but de l'opération eſt d'abaiſſer le Cryſtallin, montre auſſi combien eſt frivole la diſtinction

que

que l'on fait de la vraie Cataracte & de la fauſſe ; & qu'il en eſt par conſéquent de même de la plûpart des ſoudiviſions compriſes ſous cette derniere ; telles que ſont la Cataracte capſuleuſe, la laiteuſe, la purulente, la douteuſe, la membraneuſe, la fibreuſe, la branlante, & pluſieurs autres qu'on trouve dans les Livres qui traitent de cette maladie ; & dont la plus grande partie ne ſont que des noms, qui chargent la mémoire ſans éclairer l'entendement ; & qui n'étant point fondées ſur la nature des choſes, ſont plutôt dûes à l'imagination des Auteurs, qu'à aucune variété réelle dans la maladie.

La couleur des Cataractes eſt la marque la plus sûre pour juger s'il eſt à propos de faire l'opération. Celles qui ſont de couleur de perle, ou de couleur de fer bruni, ſont regardées comme capables de ſoutenir l'aiguille. On croit que les blanches ſont laiteuſes, & que les vertes & les jaunes ſont d'une ſubſtance approchante de celle de la corne, & incurables. La plûpart des Auteurs décrivent la

Cataracte noire. Mais j'oſe aſſurer qu'ils l'ont priſe pour une Goute ſereine; car comme cette derniere maladie ne paroît point, la prunelle ſemble noire, comme lorſque l'œil eſt dans ſon état naturel. Quant aux Cataractes vertes, je ne me ſouviens pas d'en avoir rencontré une ſeule de cette eſpece parmi le grand nombre que j'ai vûes. Cependant je ne nie pas ſa poſſibilité. Il y a même apparence que ceux qui l'ont décrite, n'ont pas pû ſe tromper dans une choſe qui devoit être ſi évidente.

Si la maladie de l'œil ne conſiſtoit que dans la Cataracte; de quelle couleur qu'elle fût, il ſuffiroit de l'abbatre pour procurer la guériſon. Mais ordinairement les Cataractes jaunes ſont tellement adhérentes à l'Iris, qu'on ne peut les en ſéparer. D'ailleurs, lorſqu'elles ſont une ſuite d'un coup, comme il arrive ſouvent, les cellules de l'humeur Vitrée ſont ſi fort brouillées & rompues, ou la Rétine tellement affectée, que la perſonne reſte aveugle, nonobſtant qu'on

ait abbatu la Cataracte, qui étoit une des cauſes de la maladie.

Pour juger ſi la Cataracte eſt adhérente à l'Iris, quand on ne peut le diſtinguer par une ſimple inſpection ; il faut faire fermer l'œil au malade, & froter un peu la paupiere. Enſuite faiſant ouvrir l'œil tout à coup, on verra la prunelle ſe reſſerrer, ſuppoſé que le Cryſtallin n'y mette pas obſtacle par ſon adhérence. Dans toutes les eſpeces de Cataractes adhérentes, l'opération ne ſçauroit gueres convenir. Je l'ai faite cependant une fois avec ſuccès ſur une perſonne qui avoit été trente ans aveugle. C'eſt la ſeule fois que j'ai eſſayé d'abbatre une Cataracte que je ſçavois adhérente. Je ne l'aurois pas même entrepris, ſi ce n'eût été qu'elle me paroiſſoit très-ferme, & que je crus que l'adhérence étoit légere, comme elle ſe trouva en effet.

Un autre point de très-grande importance avant que d'entreprendre la cure, c'eſt d'être aſſuré du véritable état de la Rétine. Il eſt fort aiſé de s'en inſtruire quand la Cataracte n'eſt

pas adhérente. Il n'y a qu'à examiner ce qui ſe paſſe lorſque la lumiére tombe entre l'Iris & le Cryſtallin. Si l'œil ne l'apperçoit pas, c'eſt un ſigne certain qu'il y a une autre maladie, & alors l'opération eſt abſolument inutile. Cette ſorte de Cataracte doit ordinairement ſa naiſſance à des maux de tête, des convulſions, & des maladies des nerfs. Pour ſçavoir comment l'œil voit dans ce cas, il faut conſulter la Planche.

Quelques Auteurs ont avancé fauſſement que l'opération de la Cataracte laiteuſe ne réuſſiſſoit jamais. Cette Cataracte eſt de deux ſortes; l'une qui eſt preſque par-tout également molle, où l'aiguille entre comme dans de l'eau, & qu'on ne ſçauroit par conſéquent déloger de ſa place; l'autre, où le Cryſtallin eſt fondu, & demeure renfermé dans ſa propre tunique, qui eſt alors conſidérablement épaiſſie par la maladie. L'opération dans cette derniere eſpece a ſouvent un heureux ſuccès; car ſi-tôt qu'on rompt la tunique, la liqueur ſort & ſe préci-

pite ; & ſi on n'a pas abaiſſé la tunique, elle ſe retire à la longue, & ſe réduit à peu de choſe, ou bien elle ſe conſume entiérement.

Après que la Cataracte a été abbatue, reſte-t-elle en entier au bas de l'œil ? où ſe conſume-t-elle tout-à-fait, étant ſéparée de ſes vaiſſeaux ? C'eſt ce que je n'ai pû ſçavoir poſitivement, n'ayant jamais eu occaſion de diſſéquer l'œil d'aucune perſonne à qui on eût fait l'opération. Mais ce qu'on voir arriver aux Cataractes qui n'ont pas été entiérement abaiſſées au-deſſous de la prunelle, & qui demeurent toujours enſuite dans le même état, donne ſujet de croire qu'il ne s'en conſume qu'une petite partie. Je connois une femme dont la Cataracte, après l'opération, nageoit librement dans l'œil. Quand elle tenoit la tête droite, la Cataracte s'enfonçoit au bas de l'œil ; & quand elle penchoit la tête en devant, la Cataracte venoit juſque ſur la prunelle.

Lorſqu'aucune des difficultés que j'ai rapportées, n'empêche l'opération,

elle ſe fait de la maniere ſuivante. On place le malade à un jour convenable, & ſur une chaiſe proportionnée à la hauteur de celle qui doit ſervir à l'Opérateur. On lui met derriere le dos un ou deux oreillers, de telle façon que le corps étant avancé en devant, la tête puiſſe approcher de l'Opérateur. Alors celui-ci inclinant un peu en arriere la tête du malade, & l'appuyant ſur la poitrine d'un Aide-Chirurgien, couvrira l'œil ſain, afin d'empêcher qu'il ne roule. Enſuite ayant abaiſſé la paupiere inférieure de l'œil malade, tandis que l'Aide tiendra élevée la ſupérieure, il enfoncera l'aiguille dans la Conjonctive, à une ligne loin de la Cornée, & à travers le milieu de la prunelle par derriere, juſqu'à ce qu'il ſoit dans la chambre poſtérieure. Y étant arrivé il tâchera doucement d'abbaiſſer la Cataracte avec la ſurface plate de l'aiguille. Si après avoir été délogée elle remonte, quoique ce ne ſoit pas avec beaucoup d'élaſticité, il faut la repouſſer en bas pluſieurs fois de ſuite. Si elle eſt mem-

braneuſe, il faut, après que la liqueur eſt évacuée, briſer avec l'aiguille & affaiſſer la tunique qui la renfermoit.

Si la Cataracte eſt entiérement liquide, ou extrêmement élaſtique, on ne doit pas continuer l'opération; car les vains efforts qu'on feroit pour en venir à bout, ſeroient capables d'attirer une violente inflammation. Quand il eſt queſtion d'abbatre une Cataracte de l'œil droit, & que le Chirurgien ne ſçauroit opérer avec la main gauche auſſi adroitement qu'avec la droite, il peut ſe mettre derriere le malade & ſe ſervir de la main droite.

On ne ſçauroit bien opérer ſans le ſecours du *Speculum Oculi*, à moins que le malade n'ait aſſez de réſolution pour ne point remuer l'œil. Cependant je n'ai pas recommandé cet inſtrument; parce que l'œil ſe vuidant un peu, dès que l'humeur aqueuſe ſort par la piquure, il eſt alors plus aiſé d'abbaiſſer le Cryſtallin, que lorſqu'on tient l'œil comprimé avec le *Speculum*.

Quand après l'operation il ſurvient une inflammation, ce qui n'arrive pas toujours, je n'ai rien à conſeiller de particulier, ſinon de s'abſtenir de tout Collyre chargé de poudres. Car la partie la plus fine de ces poudres venant à ſe diſſiper, elle laiſſe dans l'œil une ſubſtance graveleuſe qui ne peut manquer d'être nuiſible. La ſaignée & les douces évacuations ſont abſolument néceſſaires. Les choſes fraîches appliquées extérieurement ſur l'œil le ſoulagent beaucoup. Mais comme cette opération cauſe quelquefois une Ophthalmie fâcheuſe, & que d'ailleurs le ſuccès en eſt toujours incertain ; cela a détourné la plûpart des Chirurgiens de l'entreprendre, & les a empêché, ſi ce n'eſt depuis quelque tems, d'étudier la nature de la maladie. Mais je m'imagine qu'on fera plus de cas de cette opération, lorſqu'elle ſera davantage pratiquée par d'habiles gens ; car ce qui l'a décrédité n'eſt pas tant la difficulté d'y réuſſir, que l'abus qu'en ont fait de prétendus Oculiſtes.

CHAPITRE

CHAPITRE XXIX.

De l'inciſion de l'Iris.

IL y a deux cas où cette opération peut être de quelque utilité ; l'un quand il eſt impoſſible de faire changer de place à la Cataracte, à raiſon de ſon adhérence ; l'autre quand la prunelle de l'œil eſt entiérement fermée par une vice des fibres muſculaires de l'Iris, qui ſe contractant peu à peu, ne laiſſe plus à la fin aucune ouverture. Cette derniére maladie a été juſqu'à préſent eſtimée incurable.

J'ai parlé dans le chapitre précédent de l'adhérence de la Cataracte, & je l'ai regardée comme une ſorte d'aveuglement qui eſt ſans remede. Mais M. *Cheſelden* a trouvé le moyen de faire une prunelle artificielle en fendant l'Iris ; & cela peut avoir ſon avantage dans les deux cas dont j'ai parlé.

Pour exécuter cette opération, il

faut ſituer le malade comme lorſqu'on veut abbatre la Cataracte, & tenir l'œil ouvert & immobile par le moyen du *Speculum Oculi*, qui eſt ici abſolument néceſſaire, pour la même raiſon qui me le fait rejetter dans l'opération de la Cataracte. Sans cela l'Iris devenant flaſque par l'évacuation de l'humeur aqueuſe, ne fourniroit pas aſſez de réſiſtance au biſtouri, qui au lieu de la couper, la déchireroit & la ſépareroit du ligament Ciliaire. Enſuite on perce la Conjonctive au même endroit que pour abbatre la Cataracte, ſe ſervant à cet effet d'un biſtouri particulier, dont la lame eſt tenue horizontalement, & le dos tourné vers l'Opérateur; & on inſinue cet inſtrument entre le Ligament Ciliaire & la circonférence de l'Iris, dans la Chambre antérieure de l'œil. Le biſtouri étant avancé juſqu'à l'extrémité oppoſée de l'Iris, on fait une inciſion tout à travers cette membrane. Si l'opération réuſſit, l'inciſion s'élargira auſſi-tôt d'elle-même, & formera un trou conſidérable, qui s'aggrandira enſuite.

Quant à l'endroit où il faut ouvrir l'Iris, cela dépend de la nature de la maladie. S'il n'y a pas autre choſe qu'une contraction de l'Iris, l'inciſion doit ſe faire dans le milieu, qui eſt la place naturelle de la prunelle. Mais s'il y a une Cataracte, il faut ouvrir au-deſſus ou au-deſſous de la Cataracte. Je crois néanmoins qu'il vaut mieux que ce ſoit au-deſſus.

La contraction de l'Iris cauſée par la paralyſie, ſe trouve ſouvent compliquée avec un vice de la Rétine; & alors le ſuccès eſt fort incertain. J'ai vû cette opération très-bien réuſſir dans des adhérences du Cryſtallin; quoiqu'à dire vrai, cela ſoit arrivé fort rarement. Comme je ne prétens détourner perſonne de pratiquer une opération qui n'eſt pas encore beaucoup connue, je dois dire auſſi que l'évenement ne ſçauroit manquer d'être fort douteux, à cauſe du danger qu'il y a que l'Iris ne ſe ſépare du Ligament Ciliaire, & que l'inciſion ne s'élargiſſe pas ſuffiſamment. J'ai fait une fois cette inciſion avec un ſuccès

paſſable. Mais au bout de quelques mois l'ouverture ſe referma, & la perſonne redevint aveugle.

Dans ces deux Chapitres je n'ai pas employé une ſeule fois le mot d'*Uvée*, & j'ai fait mention deux ou trois fois du *Ligament Ciliaire*. Ces deux parties n'ayant point été expliquées comme il faut, on n'en a qu'une idée très-confuſe. Il eſt cependant néceſſaire de les bien concevoir pour entendre ce que j'ai dit ſur les maladies dont il eſt queſtion.

Le gros des Anatomiſtes appelle *Uvée* la membrane dont j'ai parlé ſous le nom d'*Iris*, & nomme *Iris* la lame antérieure de cette membrane. D'autres qui donnent auſſi le nom d'*Uvée* à la membrane, donnent celui d'*Iris* à ſa couleur. Ces deux diſtinctions brouillent également l'eſprit de ceux qui veulent s'inſtruire, & viennent de ce qu'on n'a pas fait aſſez d'attention à l'hiſtoire de l'Anatomie. Les Anciens, de qui nous tenons la plûpart des noms qui s'emploient dans la deſcription de l'œil, diſſequoient princi-

palement des animaux, pour ne pas dire qu'ils ne diſſéquoient rien autre. Entre les animaux, ceux qui broutent l'herbe, ont la Choroïde de deux couleurs, ſçavoir moitié noire, & moitié d'un vert clair & brillant. Cette derniere couleur, à raiſon de ſa reſſemblance avec un raiſin qui n'eſt pas mur, fut appellée l'*Uvée*. Les Auteurs modernes qui vinrent enſuite, ne s'appliquerent qu'à diſſéquer des corps humains; & ne conſidérant pas comme il faut la différence qui ſe trouve entre la Choroïde humaine qui eſt preſque d'une ſeule couleur, & celle des animaux; ils retinrent le nom d'*Uvée*, quoique dans l'œil de l'homme il n'y ait rien qui y réponde. De-là eſt venu ce grand nombre de mauvaiſes applications qu'on a faites de ce terme, dont il ne doit pas être plus queſtion dans l'Anatomie de l'œil humain, que de la tunique appellée *Nictitans*, qui eſt propre à certains animaux terreſtres & à certains oiſeaux.

Le Ligament Ciliaire eſt une ligne

circulaire ſur le globe de l'œil à l'endroit où la Sclérotique, la Choroïde, la Rétine, la Cornée, les Procès Ciliaires, & l'Iris ſe terminent. Cette ligne forme une eſpece d'anneau blanchâtre un peu plus épais que tous les autres endroits des tuniques de l'œil. Depuis l'établiſſement de ce terme, on a fort négligé l'étude de la partie qu'il déſigne, & on a confondu le Ligament Ciliaire avec les Procès Ciliaires. C'eſt pourquoi j'ai crû être obligé de le décrire exactement, afin qu'on entendît mieux en quoi conſiſte l'opération qui ſe fait ſur l'Iris.

PLANCHE X.

EXPLICATION.

A. Aiguille pour abbatre la Cataracte. La partie large vers la pointe eſt plate d'un côté, & un peu convexe de l'autre, afin qu'elle ait plus de corps, & qu'elle ſoit plus forte.

Le manche eſt d'ivoire blanc, avec une raie noire au côté qui répond à la

ſurface convexe de la lame. Cette raie étant tournée en haut en tenant l'inſtrument, ſert à diriger l'Opérateur, pour qu'il puiſſe abaiſſer avec la ſurface plate de l'aiguille, la tunique d'une Cataracte laiteuſe. Car la Cataracte nageant dans l'œil, empêche de voir l'aiguille; de ſorte qu'on ne pourroit la ſituer comme il faut ſans le ſecours de cette raie.

B. Un *Speculum Oculi*. Il s'ouvre ou ſe ferme par le moyen d'un bouton de fer, qui gliſſe dans une couliſſe qui eſt au manche. Cet inſtrument eſt d'une ſeule piece d'acier; & il eſt fait de telle maniere, qu'il s'ouvriroit de lui-même par ſon élaſticité, ſi les branches du manche n'étoient pas arrêtées par le bouton. Le cercle doit être garni de velours, afin qu'il ne bleſſe pas la paupiere.

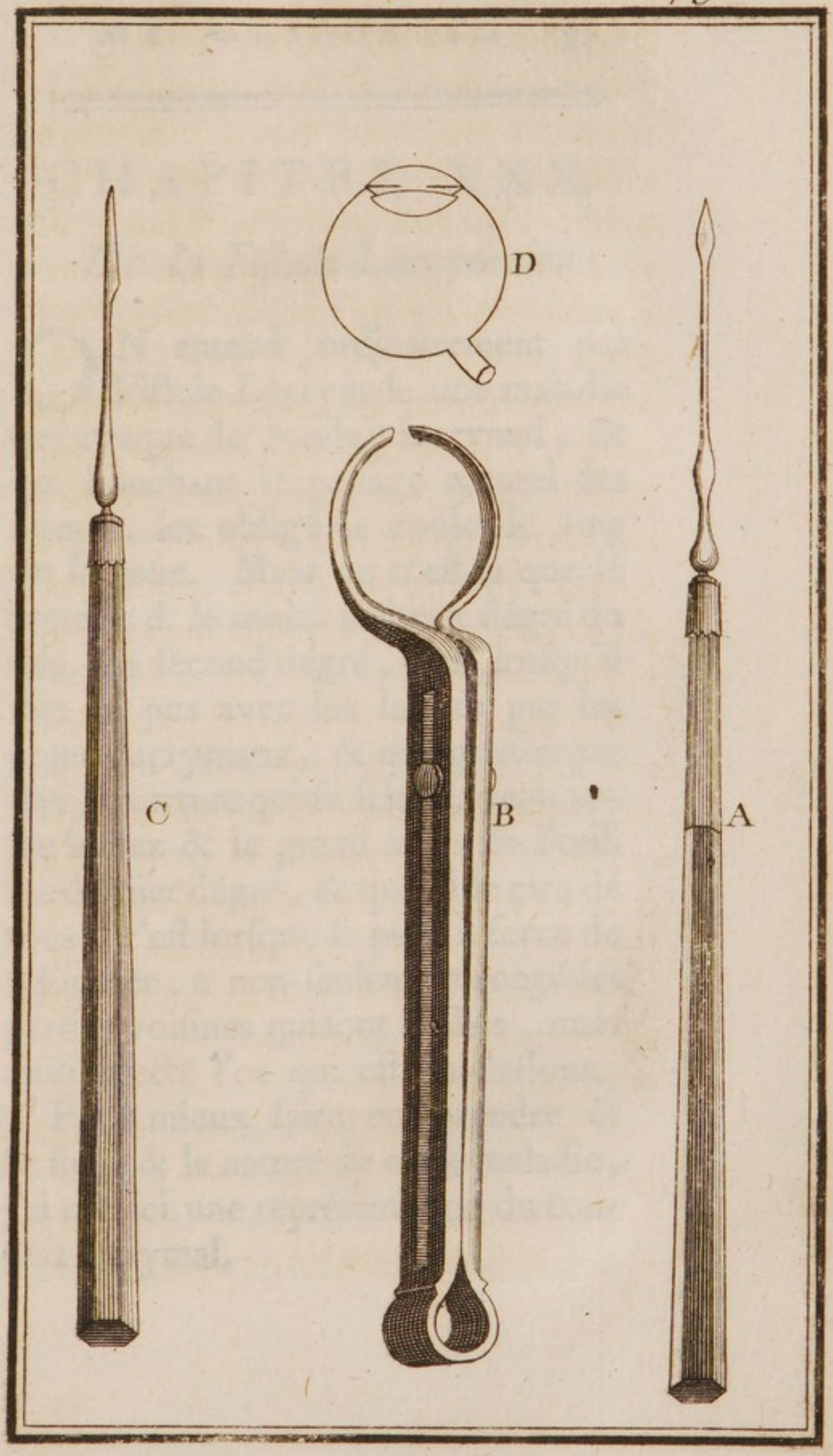
C. Biſtouri pour l'inciſion de l'Iris, & dont la lame ne coupe que d'un côté.

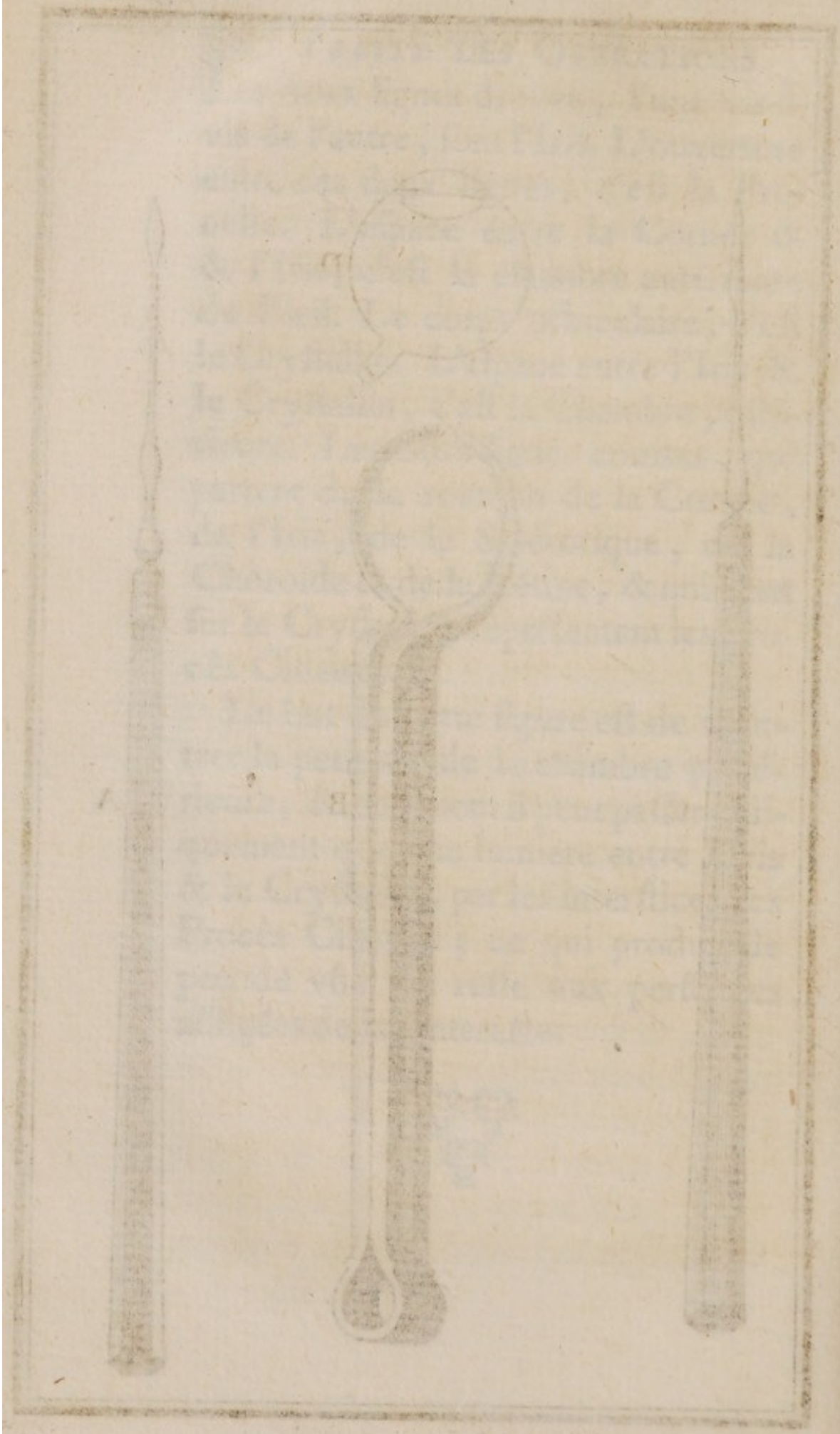
D. Figure de l'œil.

Le petit arc à la partie anterieure de la figure, repréſente la Cornée.

Les deux lignes droites, l'une vis-à-vis de l'autre, ſont l'Iris. L'ouverture entre ces deux lignes, c'eſt la Prunelle. L'eſpace entre la Cornée & & l'Iris, c'eſt la chambre antérieure de l'œil. Le corps orbiculaire, c'eſt le Cryſtallin. L'eſpace entre l'Iris & le Cryſtallin, c'eſt la Chambre poſtérieure. Les deux lignes courtes, qui partent de la réunion de la Cornée, de l'Iris, de la Sclérotique, de la Choroïde & de la Rétine, & qui vont ſur le Cryſtallin, repréſentent les Procès Ciliaires.

Le but de cette figure eſt de montrer la petiteſſe de la chambre poſtérieure, & comment il peut paſſer obliquement quelque lumiere entre l'Iris & le Cryſtallin, par les interſtices des Procès Ciliaires ; ce qui produit le peu de vûe qui reſte aux perſonnes affligées de la Cataracte.


D
C
B
A



CHAPITRE XXX.

De la Fiſtule Lacrymale.

ON entend ordinairement par Fiſtule Lacrymale une maladie qui attaque le conduit lacrymal, & qui bouchant le paſſage naturel des larmes, les oblige de couler le long de la joue. Mais ce n'eſt-là que le premier & le moins fâcheux dégré du mal. Le ſecond dégré, c'eſt lorſqu'il ſort du pus avec les larmes par les points lacrymaux, & quelquefois par une ouverture qui ſe fait à la peau entre le nez & le grand angle de l'œil. Le dernier dégré, & qui eſt le pire de tous, c'eſt lorſque le pus, à force de ſéjourner, a non-ſeulement rongé les parties voiſines qui ſont molles, mais auſſi affecté l'os qui eſt au-deſſous.

Pour mieux faire comprendre & le ſiége & la nature de cette maladie, j'ai mis ici une repréſentation du conduit lacrymal.

La plûpart des Auteurs qui traitent de la Fiſtule Lacrymale, diſent que l'inflammation & l'ulcération du Sac lacrymal ſont quelquefois les cauſes immédiates de la maladie. Tous ces Auteurs ſuppoſent que les larmes devenant acres & corroſives, produiſent l'inflammation & l'abſcès : & pluſieurs d'entre eux s'imaginent que les larmes ne pouvant couler par le conduit Nazal, & étant obligées de ſéjourner dans le Sac, elles ſe corrompent & forment du pus qui ſort par les points lacrymaux.

Rien de plus mal fondé que cette derniere opinion. Car outre que les larmes ne ſont pas d'une nature à devenir du pus, on peut obſerver preſque toutes les fois que l'on comprime l'abſcès, que les deux liqueurs paroiſſent ſans être mêlées enſemble. Quant à l'idée commune qui attribue la maladie à l'âcreté des larmes, c'eſt une choſe qui me paroit fort douteuſe ; car la Cornée & la Conjonctive étant des membranes bien plus ſenſibles que

le Sac, elles devroient bien plutôt être offenſées par les larmes. Mais comme nous voyons qu'elles ne le ſont point du tout, & que néanmoins toutes les parties du corps ſont ſujettes à s'enflammer & à s'abſceder par des cauſes internes; je crois qu'il y a grand ſujet de révoquer en doute cette cauſe extérieure.

Quelle que ſoit la cauſe de l'inflammation de la partie dont il s'agit, ſoit la Petite Vérole, ſoit la Groſſe Vérole, &c. il eſt vrai de dire qu'elle bouche toujours abſolument le conduit nazal. Mais comment un conduit auſſi gros que celui-là peut-il être entiérement bouché par l'inflammation? Cela vient, à mon avis, de ſa ſituation dans la rainure oſſeuſe de l'os *Unguis*, qui ne permettant pas au conduit de ſe dilater lorſqu'il eſt enflammé, & que ſes parois ſont épaiſſies; il arrive néceſſairement que ſa cavité ſe remplit tout-à-fait, & que les larmes & le pus regorgent; ce qui eſt le ſymptome conſtant de cette maladie.

M. *Anel* Chirurgien François donna, il y a quelques années, une nouvelle maniere de traiter les Fiſtules Lacrymales récentes. On introduit par un des points lacrymaux une petite ſonde dans le Sac lacrimal & dans le nez, afin de briſer les concretions que l'on ſuppoſe boucher le canal ; & avec un petit tuyau & une ſeringue on pouſſe une injection par l'autre point lacrymal, afin de nettoyer le conduit.

Cette méthode fut d'abord reçûe avec grand applaudiſſement ; & il y a de très-habiles Chirurgiens qui s'en ſervent encore. Cependant ſoit que je conſidere les expériences qu'en ont fait les autres, ſoit que j'examine la méthode en elle-même, je ne ſçaurois en avoir une grande idée. Comme le vrai caractere de la Fiſtule récente, conſiſte en ce que les larmes refluent du Sac lacrymal ; on doit ſuppoſer que les branches ſupérieures du conduit, qui vont ſe décharger dans ce ſac, & qui partent des points lacrymaux, ſont alors nettes.

Quant à l'obſtruction du conduit nazal, on ne peut gueres s'imaginer qu'une injection pouſſée avec ſi peu de force, ſoit capable de la diſſiper ; & encore moins, ſi cette obſtruction ne vient pas de quelque ſubſtance particuliere, qui bouche le paſſage, mais d'une inflammation des membranes.

Si donc l'injection ne ſçauroit être d'aucun ſecours par la force avec laquelle elle eſt pouſſée, ſon avantage doit venir de ſes qualités balſamiques. Mais il n'eſt aujourd'hui aucun Chirurgien qui ſe ſerve d'injections, de quelque nature qu'elles ſoient, pour dilater un abſcès, lorſque le pus eſt bien conditionné, & qu'il y a moyen, en appliquant des compreſſes, de diminuer la cavité de l'abſcès ; comme on peut faire dans le cas préſent, & comme on le doit, avant que de recourir à aucune autre méthode. En effet M. *Anel* & ſes Sectateurs appliquoient une compreſſe & un bandage, après avoir injecté. Cette compreſſe & ce bandage faiſoient un bon effet : & je ſuis porté à croire qu'on doit leur

attribuer plutôt qu'à toute autre choſe les ſuccès qu'avoit la nouvelle méthode.

Lorſque la quantité du pus qui reflue par les points lacrymaux, augmente malgré l'uſage des compreſſes, & que la tumeur du ſac devient plus conſidérable ; il eſt alors néceſſaire d'en venir à l'opération, dont le but eſt de guérir l'ulcére, & de pratiquer aux larmes une route pour couler dans le nez.

L'idée générale, que l'abſcès du Sac lacrymal produit toujours la carie de l'os *Unguis*, eſt peut-être ce qui a engagé les Chirurgiens dans la méthode de détruire le Sac lacrymal & l'os avec un inſtrument perforatif, & enſuite plus efficacement avec le cautére actuel ; afin d'emporter l'endroit carié, & de pratiquer en même tems un canal artificiel au-dedans du nez. Mais comme il y a pluſieurs exemples de Fiſtules qui ont été guéries par la ſimple inciſion du Sac lacrymal, on ne doit point recourir à la méthode fâcheuſe de percer l'os,

à moins qu'il ne ſoit évidemment carié, ou que les larmes ne continuent à ſéjourner dans le conduit, après que l'ulcére du ſac eſt conſolidé. Dans ce cas là même l'application du feu eſt ordinairement inutile ; ſouvent elle ſe trouve pernicieuſe, & abſolument contraire à la fin qu'on ſe propoſe.

Le but du cautére actuel eſt d'empêcher que le canal artificiel qui a été fait en perçant l'os, ne ſe bouche. Cependant les Chirurgiens qui le recommandent, avouent que dans les perſonnes qui ont été ainſi cautériſées, les larmes ne laiſſent pas de couler toujours enſuite le long des joues, quoique l'opération ait été exécutée le mieux du monde ; au lieu que cet accident n'arrive pas ſouvent aux perſonnes en qui on s'eſt contenté de percer l'os.

La raiſon de cette différence ſe comprendra mieux par une comparaiſon. Si on coupe entiérement une veine, & qu'on cautériſe ſes extrémités, on ſçait que les eſcarres formées par le feu, ne ſe ſéparent preſque jamais

des parties vivantes de la veine, juſqu'à ce que celles-ci ſoient tout-à-fait conſolidées, enſorte qu'elles empêchent la moindre hémorrhagie; d'où il arrive qu'il ne reſte plus de communication entre les parties de la veine qui ont été ſéparées.

Au contraire ſi on ouvre ſimplement la veine avec un inſtrument tranchant, ou même ſi on enleve un morceau de ce vaiſſeau, les parties diviſées ſe réuniront promptement, & la circulation y continuera. Par la même raiſon l'uſage du cautére détruira ſouvent toute communication entre les points lacrymaux & le ſac. Ainſi le trou qu'on aura pratiqué dans le nez ne ſervira de rien, quoiqu'il demeure ouvert.

On dira peut-être qu'en introduiſant le fer chaud par une canule, on garantira de ces mauvais effets la partie ſupérieure du ſac, ou l'ouverture des branches ſupérieures du conduit. Mais je crois que la groſſiéreté de la cicatrice qui reſtera après la conſolidation de la plaie, montrera clairement

ment avec quelle force le feu agit ſur les parties voiſines, malgré cette précaution.

Ce que nous avons dit de la nature de la Fiſtule Lacrymale, doit faire bannir abſolument l'uſage du cautére actuel dans tous les dégrés de cette maladie. Il ne faut même percer ordinairement l'os, que lorſqu'il eſt carié; ce qui arrive fort rarement. Pour moi, j'ai toujours douté que cette carie fût fréquente, & je n'en ai jamais vû un ſeul exemple. Cependant j'ai traité des Fiſtules qui avoient duré pluſieurs années; & dans quelques-unes le pus s'étoit ouvert une iſſue à travers le ſac & la peau; ce qui avoit formé un nouvel ulcére au-dehors. La raiſon pourquoi la partie inférieure du ſac n'eſt pas ſi ſouvent rongée que la ſupérieure (car en ce cas l'os ſeroit néceſſairement affecté), c'eſt qu'en cet endroit, de même qu'en toutes les autres parties du corps, les abſcès s'ouvrent du côté qu'ils trouvent le moins de réſiſtance. C'eſt auſſi ce côté-là qui céde plutôt aux humeurs qui

y abordent contre nature; & comme il devient par conſéquent plus foible, il eſt plutôt détruit.

Ainſi puiſque ni la durée de la maladie, ni l'abondance de la ſuppuration, ne ſont des ſignes certains de carie, il faut s'aſſurer de ſon exiſtence par le moyen de la ſonde, avant que d'entreprendre de percer l'os. Mais ſi après avoir ouvert le ſac, ou dans le cours du panſement, l'os *Unguis* ſe montre à découvert, on ne doit pas s'attendre à l'exfoliation d'un os ſi mince, mais le percer avec un petit inſtrument.

Pluſieurs Auteurs diſent avoir quelquefois traité avec ſuccès la Fiſtule Lacrymale comme un ſimple abſcès du ſac; quoiqu'ils recommandent généralement l'uſage du cautére actuel. Mais quand l'abſcès eſt tellement ſordide, que l'inciſion ne ſe guérit pas, il faut emporter un morceau du ſac: & c'eſt ainſi que Celſe traitoit la Fiſtule Lacrymale, ſans percer l'os; quoiqu'il ſe ſervît auſſi du cautére.

Quand donc il n'eſt pas néceſſaire

de percer l'os, voici la maniere de faire l'opération. Supposé que l'abscès ne se soit pas ouvert de lui-même, on choisit le tems où il est le plus rempli de pus. Pour cela on peut fermer l'œil du malade la veille de l'opération, & mettre de petites longuettes d'emplâtre l'une sur l'autre en travers des paupieres, depuis l'endroit des points lacrymaux jusqu'au grand angle de l'œil. Les branches supérieures du conduit étant ainsi comprimées, & le pus ne pouvant refluer par-là, il s'amassera dans le sac, & indiquera plus sûrement l'endroit où il faut inciser.

Si l'abscès est déja ouvert, l'orifice & la sonde montreront où il faut dilater. Ensuite ayant placé le malade sur un siége d'une hauteur convenable pour la commodité de l'Opérateur, on prend un petit bistouri, & on fait la dilatation de haut en bas, depuis la partie supérieure du sac jusqu'au bord de l'orbite. On ne s'embarasse point de couper le tendon du muscle orbiculaire, & on ne craint point de blesser les vaisseaux sanguins. Néanmoins

ſi on les apperçoit, il eſt à propos de les éviter. L'inciſion doit avoir un peu plus de quatre lignes de longueur.

On a conſeillé, en ouvrant le ſac, d'introduire dans ſa cavité une petite ſonde par un des points lacrymaux, afin de ne pas bleſſer la partie poſtérieure. C'eſt un excès de précaution qui me paroît plus embaraſſant qu'utile ; puiſque dans une cavité auſſi conſidérable, la moindre adreſſe ſuffit pour éviter une pareille bévûe.

Il faut avoir ſoin en faiſant l'inciſion de ne pas couper trop près de la commiſſure des paupieres, à cauſe de la difformité que laiſſeroit la cicatrice. Cependant l'éraillement de l'œil qui reſte après l'opération, eſt d'ordinaire l'effet du cautére actuel, & non de la plaie du tendon du muſcle orbiculaire. Ce tendon eſt tellement ſitué, qu'on ne peut s'empêcher de le couper : mais il n'en réſulte aucun inconvénient ; parce que la fermeté de la cicatrice qui ſe forme enſuite, le tient fortement attaché à l'os.

Le ſac étant ouvert, on le remplira

de charpie ſeche, qu'on pourra ôter le lendemain, & mettre en ſa place un bourdonnet trempé dans un doux digeſtif. On réitérera la même choſe une fois ou deux par jour, ſuivant l'abondance de la ſuppuration. On employera quelquefois le précipité, lorſque le pus ne ſera pas bien conditionné; & de tems en tems on ſe ſervira d'une tente d'éponge, afin d'empêcher le haut de l'abſcès de ſe réunir trop promptement.

Quand la ſuppuration commencera à diminuer, il faudra à chaque panſement introduire dans le nez une petite ſonde ou un fil d'argent, par le conduit nazal, afin de le dilater un peu, & de frayer une route aux larmes & au pus, qui en coulant le tiendront enſuite ouvert. On continuera cette manœuvre juſqu'à ce que la ſuppuration ſoit preſque finie, ce qui arrivera au bout de quelques ſemaines: & alors en panſant ſuperficiellement avec la charpie ſeche, ou avec un deſſicatif, la plaie ne manquera gueres de ſe conſolider. Après la gué-

riſon il ſera bon, pour prévenir une rechûte, de porter durant quelques ſemaines le bandage compreſſif qui eſt repréſenté dans la Planche.

Lorſque l'os eſt découvert, & qu'il eſt néceſſaire de le percer, il faut porter l'inſtrument vers le nez, & non vers le conduit nazal, de peur d'entrer dans le ſinus maxillaire. On s'apperçoit que l'os eſt bien percé, par le ſang qui ſort librement par le nez.

On panſera enſuite la plaie avec des bourdonnets de la maniere que j'ai décrite ci-devant; & chaque jour on paſſera une ſonde, ou un fil d'argent par le conduit nazal, de peur qu'il ne reſte bouché après la guériſon de l'abſcès. Si en ſondant on trouve le conduit ſi plein qu'on ne puiſſe y faire entrer le fil d'argent, il faudra tenir ouvert avec une petite tente, le trou qu'on a pratiqué dans le nez, juſqu'à ce que la ſuppuration ſoit preſque entiérement finie.

Je terminerai ce Chapitre en remarquant, que le larmoyement qui ſubſiſte quelquefois après qu'on a traité

la Fiſtule Lacrymale, eſt très-peu de choſe en comparaiſon de la ſuppuration; & qu'on ſeroit heureux, ſi l'opération n'avoit point de plus mauvaiſes ſuites. Mais quelquefois l'ulcére ſe rouvre, après qu'il eſt conſolidé. D'autres fois on ne ſçauroit venir à bout de le conſolider parfaitement. La raiſon de cela eſt, que la partie inférieure du ſac & du conduit nazal étant ſituée fort profondément au-deſſous du bord de l'orbite, il eſt très-difficile d'appliquer au fond de l'ulcére les remedes convenables, & de le panſer comme il faut. Cette ſituation du ſac eſt la principale cauſe qui rend inutile le cautére actuel & le trou qu'on fait à l'os, lorſqu'on ne panſe que le trou, comme c'eſt l'ordinaire; puiſqu'alors ce qu'on appliquera ſe trouvera plus de quatre lignes au-deſſus de la partie la plus baſſe de l'ulcére.

Quant au larmoyement, quoiqu'on l'évite pour l'ordinaire en ſuivant la méthode que j'ai recommandée; on ne doit pas du tout s'étonner, qu'il

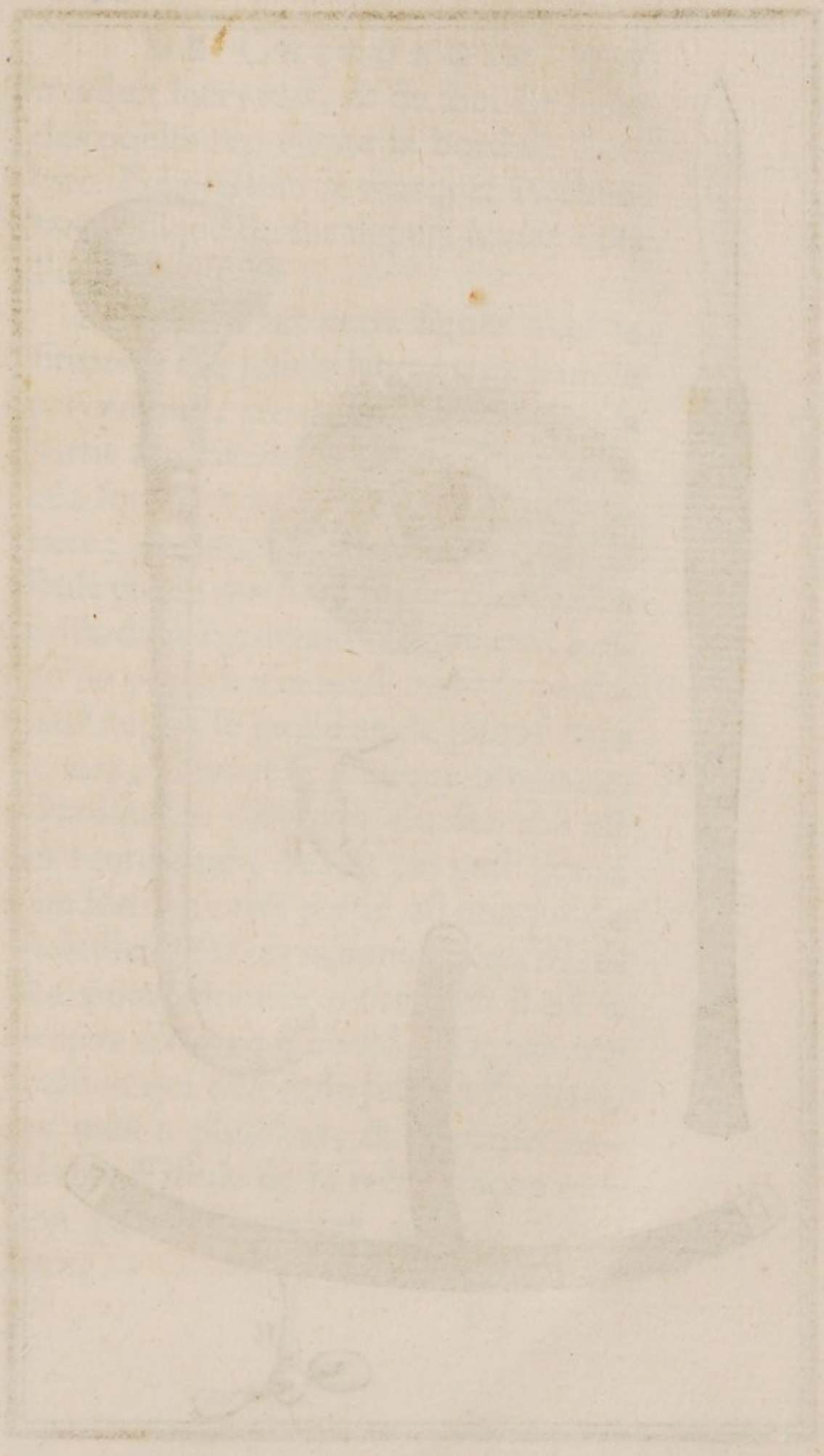
ſubſiſte ſi ſouvent après l'uſage des autres méthodes, lorſqu'on fait réflexion combien le ſac ſe rétrecit après qu'on a détruit une grande partie de ſa ſubſtance, & avec quelle facilité la plaie ſe remplit de bonne chair; ce qui ne ſçauroit manquer d'être un obſtacle au paſſage des larmes dans le nez.

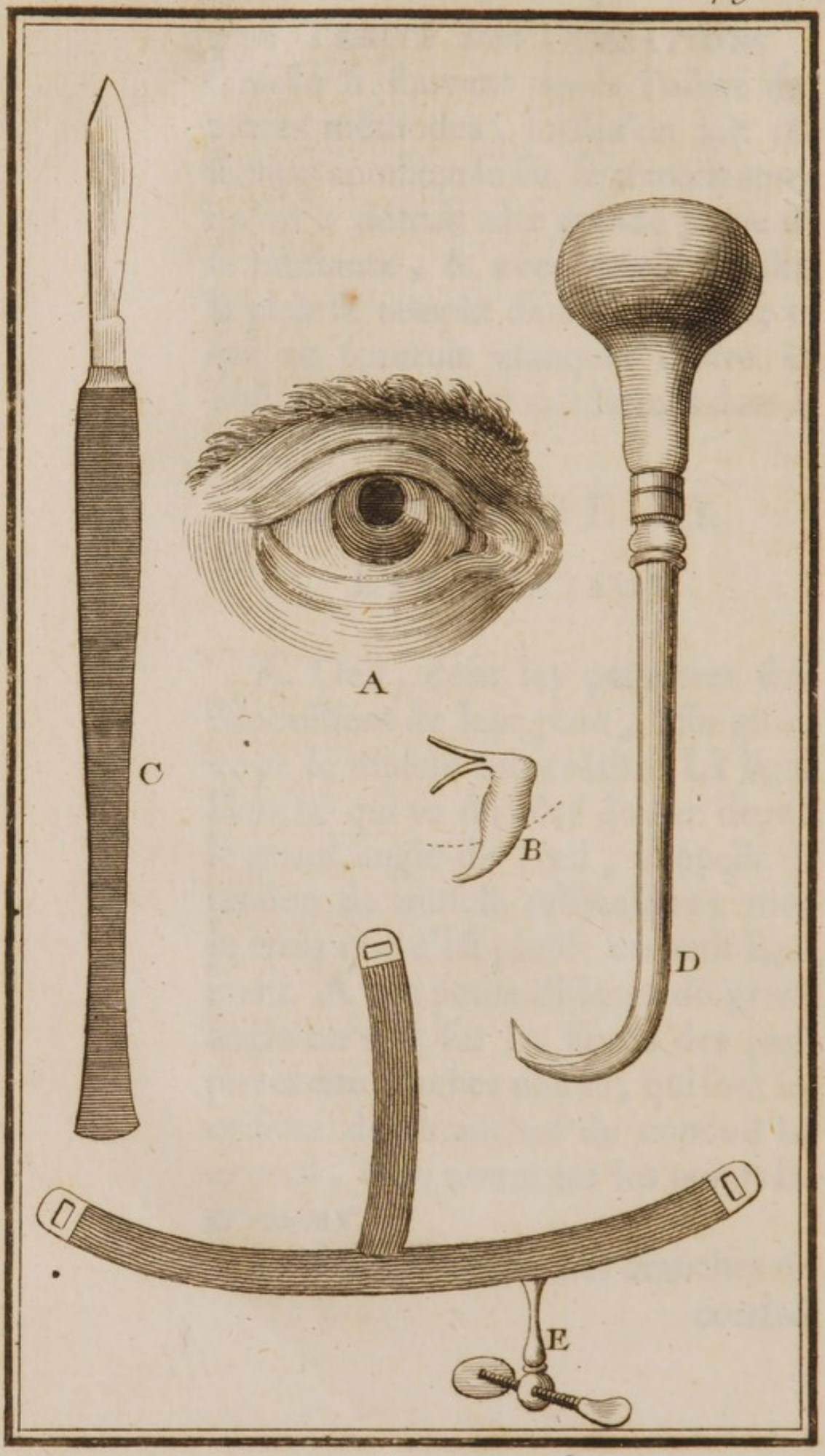
PLANCHE XI.

EXPLICATION.

A. Oeil, dont les paupieres ſont dépouillées de leur peau, afin qu'on voye le muſcle orbiculaire. La ligne blanche qui va du côté du nez depuis le grand angle de l'œil, s'appelle le tendon du muſcle orbiculaire; mais je crois que c'eſt plutôt un petit ligament. A une petite diſtance du grand angle on voit ſur les bords des paupieres deux taches noires, qui ſont les orifices des branches du conduit lacrymal, & ſe nomment les points lacrymaux.

B. Meſure exacte des branches du conduit




A
B
C
D
E

conduit lacrymal, & du ſac. La ligne des points repréſente le bord de l'orbite. J'ai pris ſoin de marquer la direction oblique du ſac depuis le nez vers l'orbite.

En comparant cette figure avec la ſituation des points lacrymaux dans la précédente, on voit qu'il n'y a que la partie ſupérieure du ſac, qui ſoit placée ſous le tendon du muſcle orbiculaire; & par conſéquent que c'eſt la ſeule partie que l'on bleſſe & que l'on brûle dans l'opération commune, lorſqu'on porte horizontalement le perforatif depuis le grand angle juſque dans le nez, ſuivant la pratique ordinaire. Quoique le diametre du ſac qui eſt ici repréſenté, ne ſoit pas auſſi grand que lorſque cette partie eſt attaqué de maladie, je crois néanmoins qu'il ſuffira pour montrer, combien il eſt à propos d'ouvrir d'abord le ſac par une inciſion qui deſcende juſqu'à l'orbite, ou même plus bas, & de panſer enſuite la Fiſtule de la même façon que l'on panſe les autres ulcéres fiſtuleux.

C. Petit biſtouri, plus commode qu'un plus grand, pour ouvrir le ſac lacrymal.

D. Perforatif pour détruire l'os *Unguis*, quand cela eſt néceſſaire.

E. Inſtrument de fer, qui eſt mince & flexible, afin qu'il joigne exactement ſur le front. On le garnit de velours. Les trous qui ſont à ſes trois extrémités ſervent à recevoir deux rubans, par le moyen deſquels on l'attache ſur le front. Le bouton qui eſt au bout de la vis, doit être placé ſur le ſac lacrymal; & il faut tourner la vis juſqu'à ce que le bouton preſſe conſidérablement le ſac. On garnira le bouton de velours; & avant que de l'appliquer on mettra ſur le ſac un morceau d'emplâtre, afin d'empêcher que la peau ne s'écorche par la compreſſion. La petite branche de fer qui reçoit la vis, doit être aſſez molle pour qu'on puiſſe la plier; autrement il ſeroit difficile de placer le bouton exactement ſur le ſac.

L'inſtrument qui eſt ici repréſenté, ne ſert que pour l'œil gauche. Il faut,

le porter jour & nuit dans les commencemens d'une Fiſtule, & après qu'elle a été guérie par l'inciſion. Mais comme le ſuccès dépend de la ſituation exacte du bouton ſur le ſac, il faut y avoir beaucoup d'attention.

CHAPITRE XXXI.

De la Bronchotomie.

L'OPÉRATION de la Bronchotomie eſt une inciſion par laquelle on ouvre la Trachée artére, afin d'introduire l'air dans les poumons, lorſque la reſpiration eſt interceptée par une tumeur qui comprime le Larynx, ou par quelque autre vice de la Glotte & de la Trachée artére, ſans aucune tumeur apparente.

Voilà les cas où l'on prétend que cette opération eſt utile. Pour moi je penſe qu'elle ne ſçauroit preſque jamais être d'aucun ſecours, ſinon lorſque le mal eſt accompagné de tumeur. En effet, je ne trouve pas qu'elle ait jamais produit sûrement quelque bien dans les autres eſpeces d'Eſquinancie : & en examinant les cadavres de ceux qui ſont morts de cette maladie, on n'a pas trouvé que l'air fût intercepté par aucun reſſerrement de la

Glotte ou de la Trachée artére. Ainſi puiſque le paſſage demeure ouvert, & que la reſpiration eſt empêchée par d'autres cauſes, l'opération ſerviroit de peu. Je l'ai fait une fois en pareil cas ; mais le malade n'en fut aucunement ſoulagé.

Je crois donc qu'elle n'eſt utile que dans cette ſorte d'Eſquinancie où le goſier eſt extrêmement groſſi par une tumeur de la glande Thyroïde & des parties voiſines. Cette tumeur eſt nommée *Bronchocele*. Elle peut retrécir la Trachée artére, en la preſſant par ſon poids, & gêner ainſi le cours de l'air qui doit entrer librement dans les poumons & en ſortir de même. Si pourtant on juge que l'opération convienne dans le cas que je viens d'excepter, elle eſt ſi facile, & ſi exempte de tout danger, quel qu'il ſoit, malgré les précautions effrayantes que demandent les Auteurs, que je ne la déconſeille pas abſolument, juſqu'à ce que j'aye de nouvelles preuves de ſon inutilité.

La maniere de la faire eſt celle

qui ſuit. On coupe la peau par une inciſion longitudinale de la longueur de neuf lignes, entre le troiſiéme & le quatriéme des anneaux de la Trachée artére, lorſqu'on eſt maître de choiſir l'endroit. Si on ne peut aller ſi haut, la regle eſt de faire l'inciſion un peu au-deſſous de la tumeur. On conſeille toujours de pincer la peau pour cela. C'eſt une précaution qu'on peut laiſſer à la diſcretion du Chirurgien. La peau étant coupée, on fait une petite inciſion tranſverſale qui pénétre dans la Trachée artére, & auſſi-tôt on y introduit une canule courbe, qui a près d'un demi pouce de long, & qui eſt d'argent ou de plomb, avec deux petits anneaux à ſon bord, dans leſquels on paſſe un ruban que l'on noue autour du cou, afin d'aſſujettir la canule dans la plaie.

Quelques Auteurs ordonnent de faire tout à la fois l'inciſion de la peau & de la Trachée artére, avec une lancette ou un biſtouri, comme étant une méthode plus facile & plus courte. Je l'ai vû faire une fois de cette

maniere ; mais on ſe trouva très-embarraſſé : car le mouvement de la Trachée artére dans la reſpiration écarta l'ouverture de la peau de celle du canal, & fut cauſe qu'on eut bien de la peine à introduire la Canule, & enſuite à la maintenir en ſituation. C'eſt pourquoi il me paroît abſolument néceſſaire de couper d'abord la peau longitudinalement, & même de faire cette inciſion aſſez grande, comme j'ai dit ci-deſſus.

On recommande de ſéparer les muſcles *Sternohyoïdiens* & *Sternothyroïdiens*, avant que de percer la Trachée artére ; mais c'eſt une précaution entiérement inutile. Quant à la crainte que l'on a dans cette opération de couper le nerf recurrent, ou quelques gros vaiſſeaux, c'eſt une crainte qui n'a pas le moindre fondement ; puiſque ce nerf & ces vaiſſeaux ſont tout-à-fait hors de la portée de l'inſtrument, comme ſçavent tous ceux qui entendent la ſtructure de la partie.

Le panſement n'eſt pas difficile : car en retirant la Canule, lorſque le

malade peut reſpirer par l'endroit naturel, l'inciſion devient une plaie ſimple, qui quoiqu'elle pénétre entre des cartilages dans une cavité conſidérable, n'a beſoin que d'être panſée ſuperficiellement.

CHAPITRE XXXII.

De l'Extirpation des Amygdales.

LEs Amygdales deviennent quelquefois skirrheuſes & d'une telle groſſeur, qu'elles menacent de ſuffoquer le malade, & qu'il ne reſte d'autre reméde que de les extirper. Cette opération ſe faiſoit autrefois, en les emportant avec un inſtrument tranchant; mais comme il ſurvenoit preſque toujours une grande hémorrhagie, & quelquefois une hémorrhagie mortelle, on a abandonné cette maniere, pour ſe ſervir de la ligature, qui eſt exempte de danger, & qui outre cela manque rarement de guérir la maladie.

Si la baſe de la glande eſt plus mince que ſa partie ſupérieure, on peut y faire une ligature, en attachant le cordon au bout d'une ſonde courbée en forme d'arc; & ayant porté cette ſonde au-delà & autour de

l'Amygdale, on la retire. Cela étant exécuté, il eſt aiſé de faire la ligature de la glande par le moyen d'un inſtrument qu'a inventé M. *Cheſelden*. Cet inſtrument ſert à tenir un des bouts du cordon à côté de l'Amygdale près du goſier, tandis qu'on fait le nœud en tirant l'autre bout entiérement hors de la bouche avec la main droite, comme on comprendra facilement en jettant les yeux ſur la Figure qui eſt dans la Planche.

Si les Amygdales ſe trouvent d'une figure conique, enſorte que le cordon gliſſe néceſſairement par-deſſus, quand on veut le nouer; M. *Cheſelden* recommande en pareil cas un inſtrument qui reſſemble à une aiguille courbe, & qui a un manche, avec un trou près de la pointe. Ce trou eſt enfilé d'un cordon, que l'on paſſe à travers le bas de la glande; & l'ayant ſaiſi avec une Errhine, on retire l'inſtrument. Puis tirant le cordon qui ſe trouve double, on le coupe; & l'un des bouts ſert pour faire un nœud au-deſſus de la tumeur, & l'autre pour en faire un

au-deſſous. Ces nœuds doivent toujours être doubles, & il faut enſuite couper la ligature aſſez près des nœuds. Si au bout de quatre ou cinq jours il leur arrive de s'échapper, ou s'ils n'ont fait tomber en gangrêne qu'une partie de l'Amygdale, on réïterera toute l'opération. J'y ai cependant toujours réuſſi dès la premiere fois.

Cette façon d'extirper une tumeur eſt plus aiſée à pratiquer dans les hémorrhoïdes groſſes & coulantes, qu'on eſtime incurables; & ſi on en connoiſſoit mieux l'avantage, on s'en ſerviroit plus ſouvent. J'ai guéri par cette méthode différentes perſonnes qui depuis pluſieurs années rendoient du ſang chaque fois qu'elles alloient à la ſelle, & quelques-unes, qui à force d'en perdre étoient tombées dans le dernier épuiſement.

Lorſque les hémorroïdes ſont endedans de l'inteſtin, il faut placer le malade ſur une chaiſe percée, avec une fomentation au-deſſous, & avoir toute prête une aiguille courbe enfi-

lée d'une double ligature, qu'on paſſe à travers les hémorrhoïdes dans le tems qu'elles ſont pouſſées hors du fondement par les efforts du malade; car quelquefois l'inteſtin rentre tout-à-coup: enſuite on fait un nœud au-deſſus de la tumeur, & un autre au-deſſous, comme pour les Amygdales.

La figure des hémorrhoïdes eſt quelquefois telle, qu'on peut les lier tout autour avec une ſimple ligature, ſans avoir beſoin d'aiguille; ce qui eſt moins douloureux. S'il y en a pluſieurs, il ne faut en lier qu'une ou deux à la fois; parce que la douleur que cauſe la ligature eſt extrême, & qu'elle deviendroit inſupportable, ſi on en lioit pluſieurs en même-tems.

On peut néanmoins recommencer l'opération tous les cinq ou ſix jours, juſqu'à ce qu'il ne reſte plus aucune hémorrhoïde; & on doit tenir les parties ſouples, en y appliquant quelques onguens émolliens.

J'ai vû entreprendre de guérir les hémorrhoïdes en les coupant. Mais l'hémorrhagie penſa faire périr le malade.

La Luette ſe relâche quelquefois tellement, qu'elle étouffe preſque le malade. Le plus court reméde eſt de la couper entiérement, à l'exception de quelques lignes; ce qu'on peut exécuter d'un coup de ciſeau, après l'avoir ſaiſie avec une Pincette, de peur qu'elle ne s'échappe. J'ai une fois coupé une Luette qui avoit environ deux pouces de long, & qui poſoit ſur la langue, où elle étoit repliée. Le malade fut auſſi-tôt guéri, & ne reſſentit plus depuis aucune incommodité.

PLANCHE XII.

EXPLICATION.

A. Sonde courbe avec une ligature, qui eſt de la même ſorte de fil que celle dont on ſe ſert pour lier les vaiſſeaux ſanguins.

B. Inſtrument de fer pour lier les Amygdales.

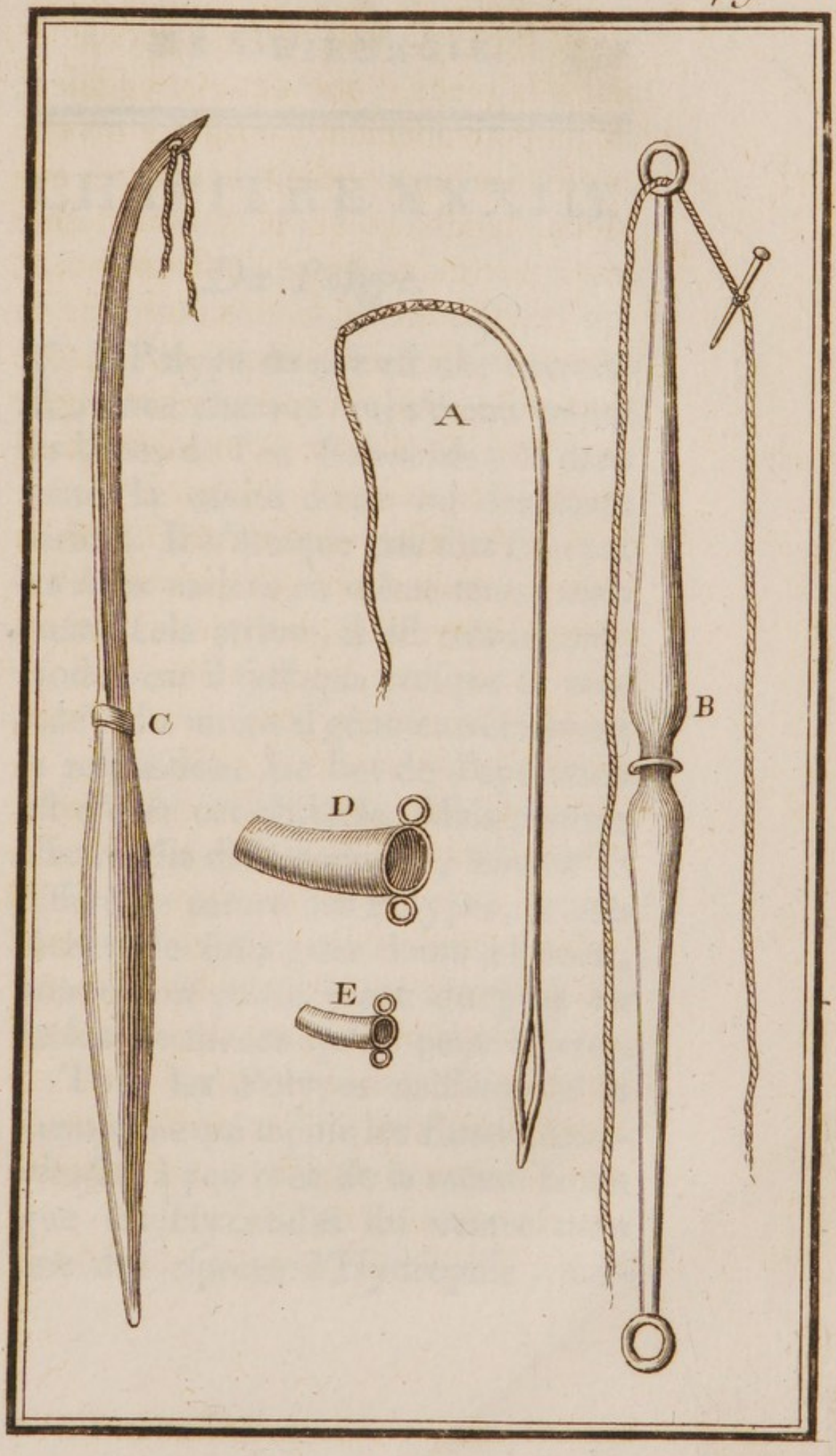
On voit ici un nœud ſur une épingle. Il faut ſuppoſer que cette épingle

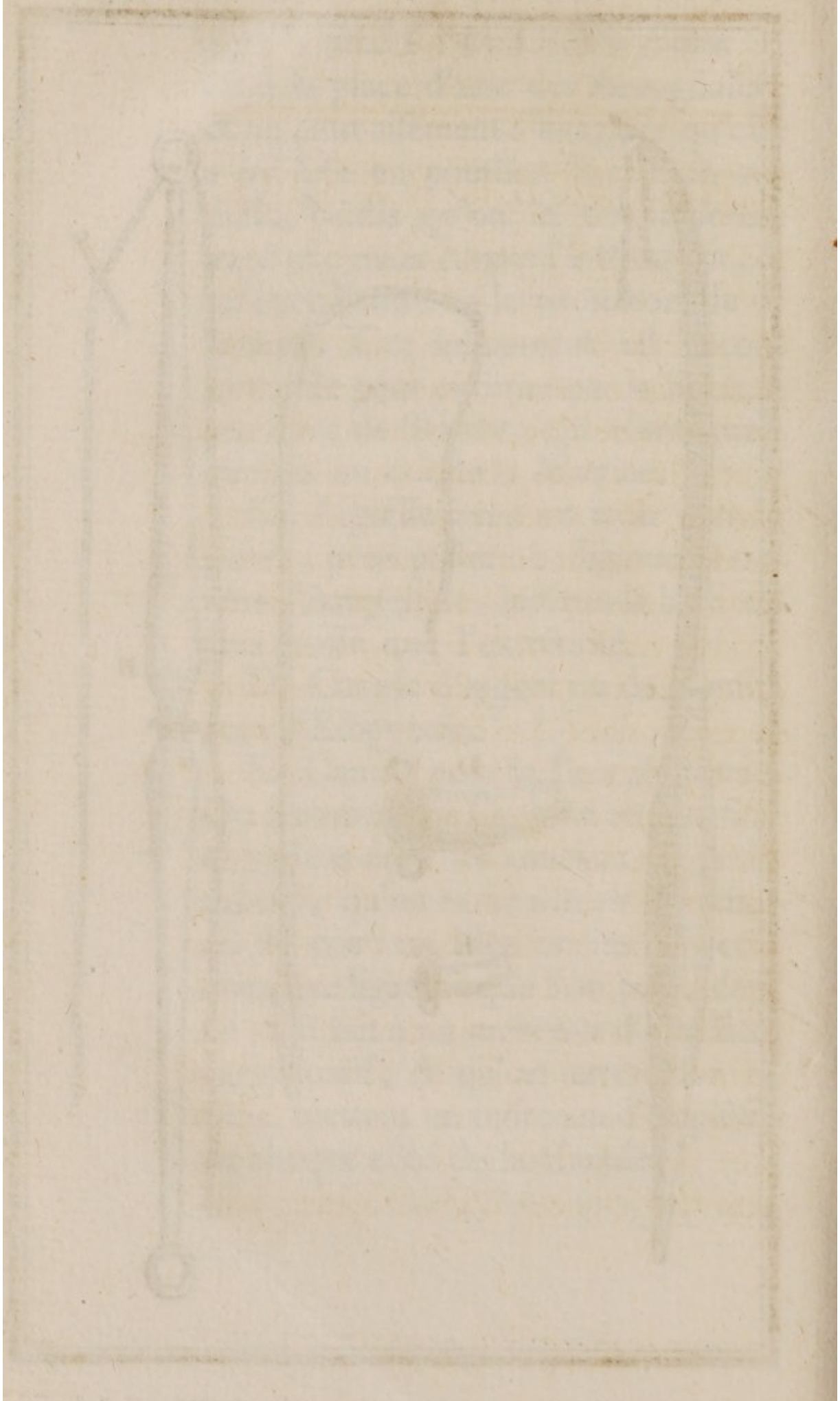
eſt à la place d'une des Amygdales; & on peut aiſément s'imaginer qu'elle a été liée en pouſſant le cordon au-delà, tandis qu'on le tenoit ferme avec une main contre l'inſtrument, & qu'avec l'autre on le tiroit hors de la bouche. Cet inſtrument eſt encore fort utile pour extirper par la ligature une ſorte de Skirrhe, qui vient quelquefois au col de la Matrice.

C. Aiguille avec un trou vers la pointe, pour paſſer une ligature à travers l'Amygdale, lorſque la baſe eſt plus groſſe que l'extrémité.

D. Canule d'argent ou de plomb, pour l'Empyeme.

E. Canule pour la Bronchotomie. On maintient les Canules en ſituation en paſſant dans les anneaux de petits rubans, qu'on noue autour du corps ou du cou: ou bien on les aſſujettit avec une ligature que l'on paſſe dans un trou fait à un morceau d'emplâtre agglutinatif, & qu'on arrête ſur ce trou, mettant un morceau d'emplâtre de chaque côté de la Canule.


A
B
C
D
E



CHAPITRE XXXIII.

Du Polype.

LE Polype du nez eſt une excroiſſance charnue qui s'étend parmi les lames de l'os *Ethmoïde*, & dans toute la cavité d'une ou des deux narines. Il n'attaque pas fort ſouvent les deux narines en même-tems; mais quand cela arrive, il eſt très-incommode; car il ſuffoque preſque le malade, du moins il gêne extrêmement la reſpiration. Le but de l'opération eſt d'ôter cet obſtacle. Mais comme elle réuſſit différemment, ſuivant la différente nature des Polypes, je vais tâcher de diſtinguer leurs eſpeces, afin qu'on puiſſe juger du plus ou moins de ſuccès qu'on peut eſperer.

Tous les Polypes naiſſent de la membrane qui tapiſſe les *Lames Spongieuſes*, à peu près de la même façon que les Hydatides du ventre dans une des eſpeces d'Hydropiſie, naiſ-

ſent de la ſurface du foye, ou que les Ganglions naiſſent des tendons; & leurs tuniques ne ſont autre choſe qu'une production des fibres & des vaiſſeaux de cette membrane.

S'ils ſont mollaſſes, & de couleur de la ſéroſité du ſang, il y a toute apparence qu'ils ſont formés d'une ſorte d'humeur aqueuſe, qui reſſemble à cette ſéroſité, & qui eſt renfermée dans des Kiſts; auſſi laiſſe-t-elle ſi peu de priſe à l'inſtrument, dès qu'on a déchiré la tunique, qu'on ne ſçauroit enſuite arracher qu'une petite partie de la tumeur. Il faut laiſſer durcir cette ſorte de Polipe, avant que d'entreprendre l'opération, & il ſe durcit ordinairement à la longue.

Un ſecond degré de conſiſtence eſt lorſque les Polypes retiennent à peu près la même couleur que les précédens, & qu'ils ſont moitié aqueux & moitié d'un tiſſu viſqueux, ce qui arrive ſouvent. Alors quoiqu'ils ne ſoient pas aſſez fermes pour être arrachés juſqu'aux racines, on peut à

diverſes

diverſes repriſes les emporter par morceaux.

Un troiſiéme degré de conſiſtence eſt lorſque les Polypes ne ſont ni aſſez mollaſſes, pour qu'ils viennent par piéces, ni aſſez durs & caſſans, pour ſe briſer en morceaux, ou pour être ſi fort adhérens à la membrane des Lames ſpongieuſes, qu'on ne puiſſe les en ſéparer. Cette eſpece eſt certainement la plus facile à guérir.

Le dernier degré de conſiſtence eſt quand le Polype eſt dur & skirrheux, avec une ſi forte adhérence, qu'en l'arrachant il ſe déchire, plutôt que de ſe ſéparer; quelquefois même il tend à dégenerer en Cancer. La guériſon de cette derniere eſpece eſt très-difficile.

Le Polype augmente quelquefois juſqu'à s'étendre au-delà de l'os du Palais, & à pendre au-deſſus de l'Oeſophage & de la Trachée artére. Il ſe porte même dans le Sinus Maxillaire, & remplit ſi exactement toutes les cavités du nez, qu'il bouche l'orifice

inférieur du conduit nazal, & fait que les larmes ne pouvant deſcendre dans le nez, refluent néceſſairement par les points lacrymaux.

Lorſqu'on apperçoit le Polype dans le goſier, il eſt toujours à propos de l'arracher par la bouche ; l'expérience ayant montré qu'il ſe détache plus aiſément, quand on le tire par la bouche, que par le nez. C'eſt pourquoi il ſera bon que le malade ſe tienne couché ſur le dos deux ou trois heures de ſuite avant l'opération. Cette ſituation fera deſcendre plus bas le Polype, d'autant qu'il n'eſt pas adhérent dans toute ſon étendue ; & ſa péſanteur étendra les fibres qui l'attachent au nez. Il y a même des exemples où un petit effort, comme celui qu'on fait pour cracher, l'a entiérement détaché.

On ſe ſert pour l'extraction du Polype, d'une ſorte de Pincettes qui ont une fenêtre à leur bec, afin qu'elles tiennent mieux la tumeur. On les introduit dans la narine environ la longueur d'un pouce & demi, afin qu'elles

ſaiſiſſent mieux le Polype vers ſes racines. Enſuite on les tourne un peu de côté & d'autre, & on continue ces demi-tours, en tirant petit à petit le corps du Polype. S'il ſe rompt, on recommencera l'opération autant de fois qu'il reſtera quelque choſe, à moins qu'il ne ſurvienne une violente hémorrhagie, comme cela arrive quelquefois, & comme il arrive preſque toujours, quand l'excroiſſance eſt skirrheuſe. Cependant le Chirurgien ne doit pas s'allarmer, lorſqu'au moment de l'extraction il voit couler beaucoup de ſang: car les vaiſſeaux ſe referment bien-tôt après; & s'ils ne le font pas, la charpie ſéche, ou trempée dans un Styptique, arrêtera promptement l'hémorragie.

Le Polype étant extirpé, ç'a été la coutume, pour prévenir la rechûte, de panſer avec des poudres eſcarotiques, & même d'employer le cautére actuel. Mais ni l'un ni l'autre ne ſçauroit être d'un grand ſecours en pareil cas, & tous deux ſont douloureux & pleins de danger. Si les remédes cor-

roſifs conviennent quelquefois, c'eſt pour détruire les reſtes d'un Polype, qu'on ne ſçauroit emporter entiérement; & alors il eſt mieux, ſelon moi, de porter les eſcarotiques ſur la partie au moyen d'une longue tente, qu'en paſſant un Seton par le nez & la bouche. Car ceci ne peut s'exécuter ſans faire de la peine au malade, outre que c'eſt un fort vilain reméde. C'eſt néanmoins la méthode que ſuivent aujourd'hui & que recommandent quelques Chirurgiens célébres.

CHAPITRE XXXIV.

Du Bec de Lievre.

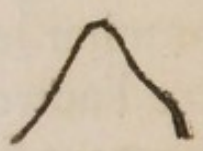
CETTE maladie eſt une fente de lévre ſupérieure, avec un manque de ſubſtance. C'eſt un vice de conformation qu'on apporte toujours en naiſſant : tel eſt du moins le Bec de Lievre, qui demande l'opération que je vais décrire. La réunion doit ſe faire par le moyen de la future Entortillée, que je me ſuis reſervé d'expliquer dans ce Chapitre. Souvent la ſolution de continuité dans la lévre eſt ſi conſidérable, qu'on ne peut rapprocher les bords de la fente l'un contre l'autre, ou que tout au plus on les peut faire toucher ſimplement. Ce cas ne demande pas qu'on s'abſtienne de l'opération. On défend de la faire aux petits enfans qui tetent, & on a raiſon ; mais dès qu'ils ne tetent plus, on peut l'entreprendre ſans riſque, & même avec plus d'apparence d'un heu-

reux ſuccès, que dans les enfans plus avancés en âge.

Il n'eſt pas rare que le palais de la bouche ſoit auſſi fendu. Mais cela ne doit pas empêcher l'opération, ſi la peau de la lévre eſt aſſez lâche pour permettre la réunion.

Voici la maniere dont on opére. On ſépare d'abord la lévre d'avec la machoire ſupérieure, en coupant avec un biſtouri le petit frein qui attache la lévre à la gencive. Enſuite on emporte avec des ciſeaux droits & minces toute la longueur des bords calleux de la fente, ayant ſoin de les couper droit, parce que ſans cette précaution ils ne pourroient jamais s'ajuſter exactement enſemble.

Par exemple, ſi le Bec de Lievre a cette figure, l'inciſion des bords doit ſe faire par deux lignes droites qui aillent ſe rencontrer de la maniere qui eſt ici repréſentée. Les deux lévres de la plaie étant rapprochées exactement l'une contre l'autre, on paſſe à travers le



milieu de leur épaiſſeur deux épingles, l'une aſſez près de la partie inférieure, & l'autre à la même diſtance de la partie ſupérieure de l'inciſion; & on maintient ces épingles dans cette ſituation, en tortillant ſept ou huit fois un fil ciré autour d'elles, par des ziczacs croiſés. On coupe enſuite les pointes, & on met ſous les épingles une petite compreſſe, afin d'empêcher qu'elles ne bleſſent les lévres. Quand on ne peut rapprocher exactement que la partie inférieure du Bec de Lievre, il ſuffit d'employer une ſeule épingle.

Celles dont je me ſers ſont d'argent dans les trois quarts de leur longueur, & la quatriéme partie vers la pointe eſt d'acier. Les épingles d'argent ſont moins nuiſibles à la plaie que celles de cuivre ou d'acier; mais il leur faut abſolument une pointe d'acier pour entrer plus aiſément; & alors elles pénétrent avec une ſi grande facilité, qu'il n'eſt beſoin d'aucun inſtrument pour aider à les pouſſer. L'uſage de preſſer les joues en-devant fait peu de bien à la plaie, ou même

n'en fait point du tout ; au contraire il eſt fort incommode au malade ; c'eſt pourquoi je ne le conſeille point.

Le panſement eſt entiérement ſuperficiel, & il ne faut ôter l'appareil qu'auſſi ſouvent qu'il eſt néceſſaire pour la propreté. Je conſeille de ne point l'ôter les trois premiers jours, & de panſer enſuite chaque jour, ou de deux en deux jours. Il ne me ſemble point du tout néceſſaire de mettre quelque choſe entre la lévre & la gencive, à l'endroit où l'on a coupé le frein, parce qu'il n'y a pas à craindre que les deux parties ſe collent enſemble. La réunion de la plaie ſe fait d'ordinaire dans environ dix ou onze jours. Alors on coupe doucement les fils, on retire les épingles, & on applique ſur les petits trous un morceau d'emplatre, & de la charpie ſéche.

La ſuture entortillée eſt excellente dans les Fiſtules de l'Uréthre, qui reſtent après l'opération de la Pierre. Dans ce cas on peut couper les bords calleux, & tenir unies, au moyen de cette ſuture, les lévres de la plaie.

CHAPITRE

CHAPITRE XXXV.

Du Cou de travers ou *Torticolis.*

IL eſt très-rare qu'on faſſe une inciſion pour guérir le Cou de travers, & cette opération ne doit jamais ſe pratiquer, ſi ce n'eſt quand la maladie vient de la contraction du muſcle Maſtoïdien ſeul. Comme tout ce qu'on peut faire, c'eſt de couper ce muſcle, il ne ſerviroit de rien de le dégager par-là, ſi les autres muſcles du cou étoient dans le même état de contraction, & ſur-tout ſi le mal étoit ancien, & qu'il fût venu dès l'enfance; parce qu'alors l'accroiſſement des Vertébres s'étant fait néceſſairement de travers, il ſeroit impoſſible de mettre la tête dans une ſituation droite.

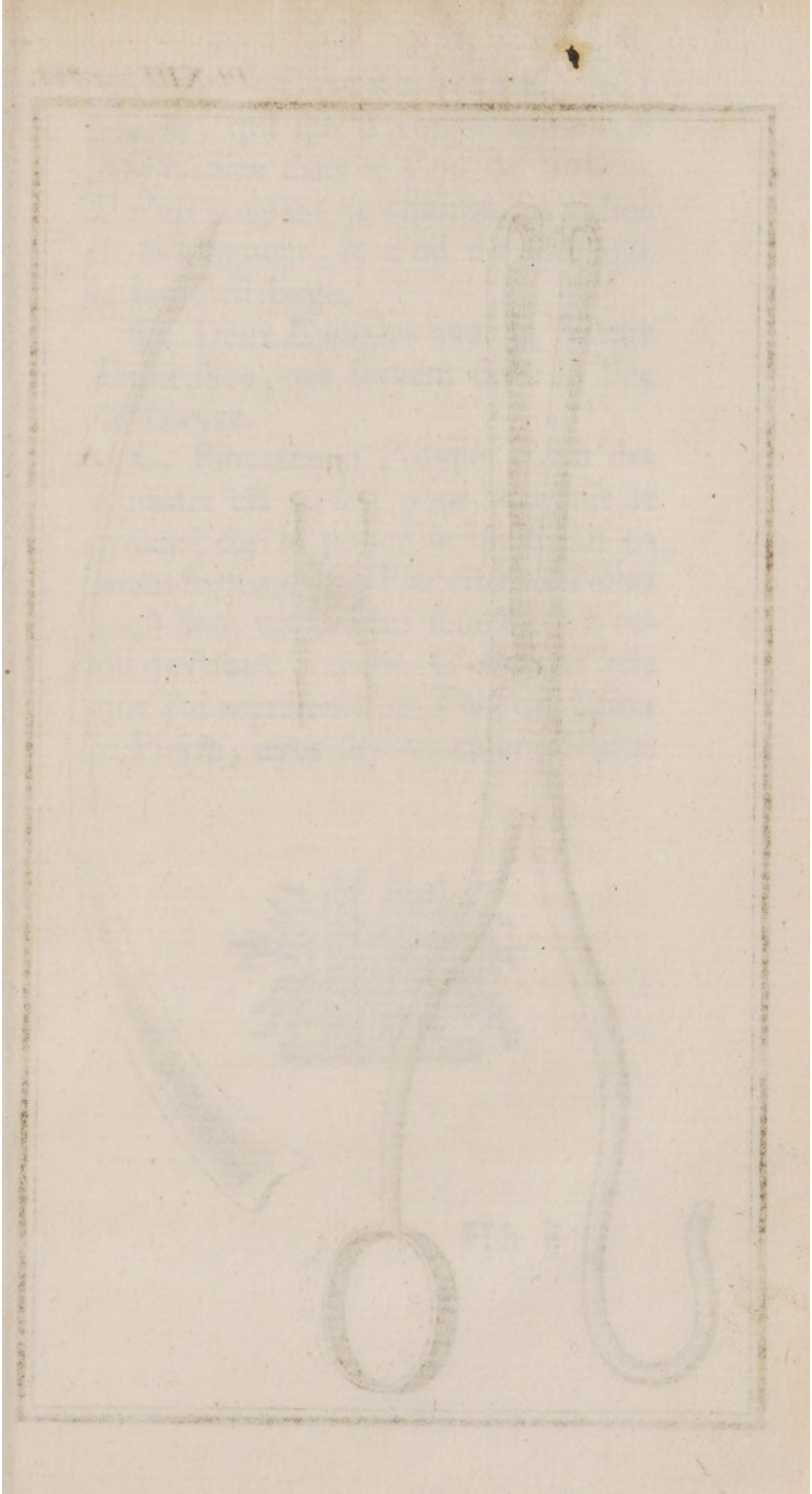
Lorſque l'opération eſt praticable, voici comment on s'y prend. Ayant placé le malade ſur une table, on coupe la peau & la graiſſe par une inciſion tranſverſale, un peu plus large

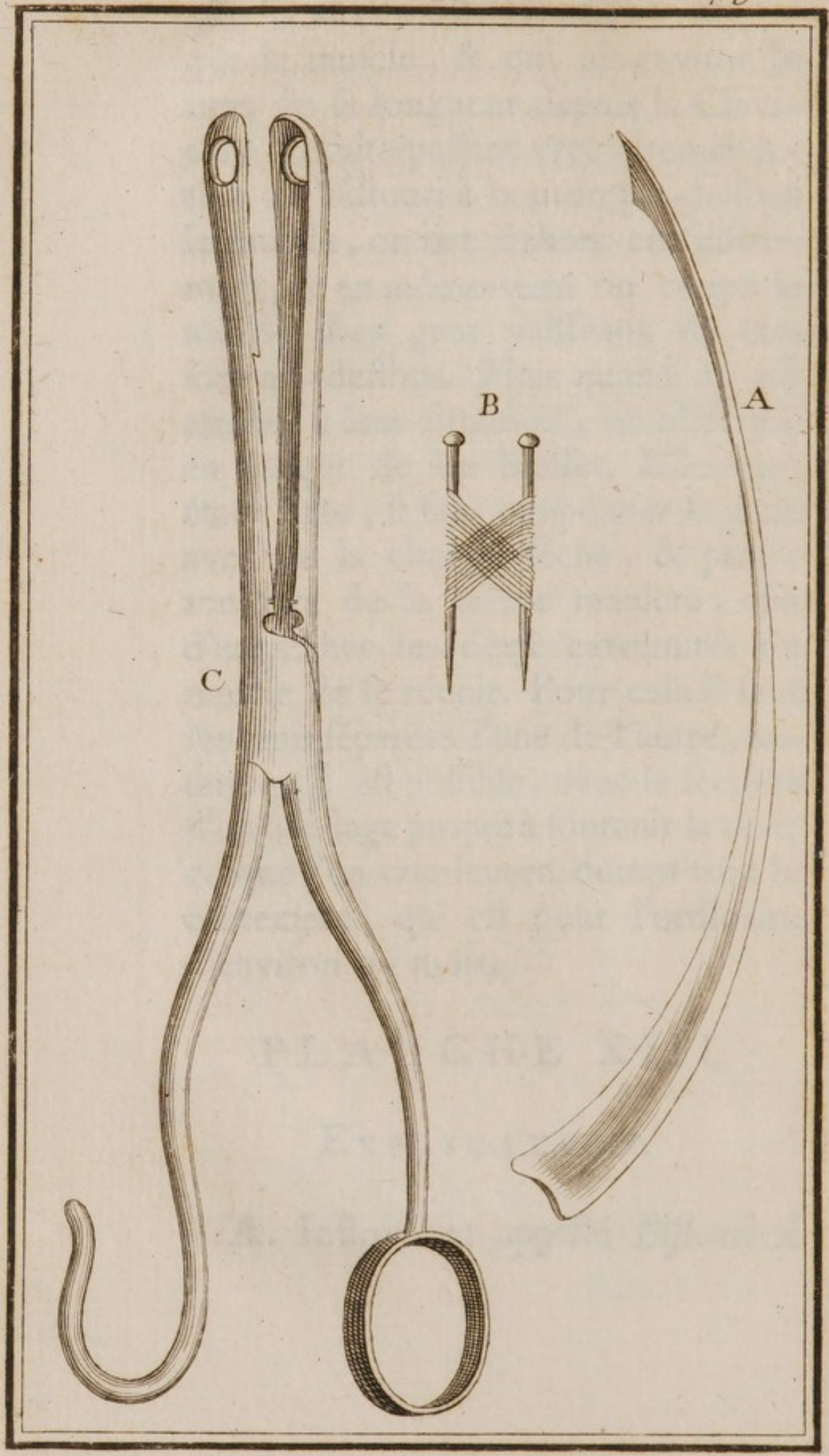
que le muſcle, & qui ait environ le tiers de ſa longueur depuis la Clavicule. Enſuite paſſant avec circonſpection un Biſtouri à bouton par-deſſous le muſcle, on tire dehors cet inſtrument, & en même-tems on coupe le muſcle. Les gros vaiſſeaux du cou ſont au-deſſous. Mais quand on eſt attentif à leur ſituation, on n'eſt pas en danger de les bleſſer. L'inciſion étant faite, il faut tamponner la plaie avec de la charpie ſéche, & panſer toujours de la même maniere, afin d'empêcher les deux extrémités du muſcle de ſe réunir. Pour cela il faut les tenir ſéparées l'une de l'autre, autant qu'il eſt poſſible, avec le ſecours d'un bandage propre à ſoutenir la tête; ce que l'on continuera durant tout le traitement, qui eſt pour l'ordinaire d'environ un mois.

PLANCHE XIII.

EXPLICATION.

A. Inſtrument appellé *Biſtouri à*




A
B
C

bouton, qui ſert à couper le muſcle *Maſtoïdien* dans le Cou de travers. Il n'eſt coupant qu'environ du milieu de ſa longueur, & c'eſt du côté que la lame eſt large.

B. Deux Epingles avec la Suture Entortillée, qui ſervent dans le Bec de Lievre.

C. Pincettes à Polype. L'un des anneaux eſt ouvert pour recevoir le pouce; car le pouce ſe bleſſeroit en tirant fortement les Pincettes, s'il étoit reçû dans un anneau ſemblable à celui de l'autre branche. C'eſt pour cela que j'ai repréſenté les Tenettes à tirer la Pierre, avec des anneaux ouverts.

CHAPITRE XXXVI.

De l'Aneuriſme.

ON entend par ce terme une tumeur cauſée par la dilatation exceſſive d'une artére, en conſéquence d'une foibleſſe contre nature de quelque endroit de ſes tuniques; ou bien une tumeur faite par l'épanchement d'un ſang artériel dans les cavités voiſines, en conſéquence d'une ouverture de l'artére. La premiere ſorte d'Aneuriſme peut attaquer toutes les parties du corps. Mais elle n'arrive pas ſouvent, ſi ce n'eſt à la courbure de l'Aorte, qui eſt ſujette à cette maladie, à cauſe de l'impulſion extraordinaire du ſang ſur cet endroit. De la courbure de l'Aorte la tumeur s'étend en haut le long des Carotides ou des Souclavieres, & augmente ordinairement, juſqu'à ce qu'à force d'être diſtendue, elle creve, & cauſe la mort au malade.

Les Auteurs ont beaucoup diſputé ſur la nature de cette dilatation de l'artére. Les uns ont nié le fait, & ont prétendu que c'étoit toujours une rupture : les autres ont crû que toutes les tuniques de l'artére étoient diſtendues : d'autres que c'étoit ſeulement la tunique extérieure ; & quelques autres encore, dont le ſentiment a été le plus ſuivi, que la tunique interne étoit rompue, & l'externe dilatée. Ces derniers ont appuyé leur opinion par des raiſons tirées de l'anatomie de la tunique interne, qui eſt ligamenteuſe, & incapable d'une grande diſtenſion ; tellement que ſi on gonfle une artére avec une force ſuffiſante, l'air crevera la tunique interne, & dilatera l'externe, c'eſt-à-dire, qu'il produira un Aneuriſme artificiel, de la même maniere qu'on ſuppoſe que le ſang en produit un naturel.

Mais cette raiſon paroîtra bien foible, ſi l'on conſidere que dans le corps d'un animal il y a beaucoup de parties qui ne peuvent s'étendre conſidérablement, quelque violence qu'on em-

ploie ; au lieu que ſi les liquides y abordent peu à peu, elles ſont capables d'une dilatation énorme, comme il arrive à la matrice, & comme les Obſervations montrent clairement qu'il arrive à toutes les tuniques de l'artére. C'eſt ce que j'ai eu occaſion d'examiner en différens Aneuriſmes, dont le Docteur *Douglas* a fait une Collection, qu'il a eu la bonté de me communiquer pour cet effet.

On trouve dans les Auteurs pluſieurs hiſtoires d'Aneuriſmes de la courbure de l'Aorte. Dans quelques-uns ce vaiſſeau étoit ſi prodigieuſement dilaté, qu'il occupoit une grande partie de la cavité ſupérieure du *Thorax*. Ce qu'on peut remarquer de plus ſingulier dans de ſemblables Aneuriſmes, c'eſt que l'endroit où le vaiſſeau eſt le plus foible, & où la maladie commence, cede ordinairement de telle maniere à la force du ſang qui le pouſſe ſans ceſſe en dehors, qu'il forme une groſſe poche ou ſac, avec des tuniques preſque auſſi épaiſſes que celles de l'artére même. Néan-

moins les tuniques de ces ſacs ne conſervent qu'un certain tems leur épaiſſeur. Car lorſque les vaiſſeaux des tuniques ne peuvent plus s'étendre, la circulation devient languiſſante, le ſac devient plus mince à ſa pointe, & creve bien-tôt après.

Par cette deſcription du ſac on voit qu'il reſſemble à la Veſſie, puiſqu'il a une grande cavité, & un col ou orifice étroit.

Les ſymptomes de cet Aneuriſme ſont un battement violent contre le *Sternum* & les côtes à chaque contraction du cœur; & lorſque le mal s'étend au-deſſus du *Sternum*, une tumeur avec pulſation. En ouvrant les cadavres on trouve quelquefois les côtes, le *Sternum* & la clavicule cariés; ce qui vient de l'obſtruction des vaiſſeaux du Périoſte, qui ſont preſſés par la tumeur. Je n'entreprendrai pas de déterminer quelles ſont les cauſes d'une foibleſſe particuliere dans une des tuniques de l'artére. Mais il eſt remarquable que l'Aorte dilatée eſt ordinairement oſſifiée dans tout le

voiſinage du ſac ; & même l'artére paroît ſi conſtamment oſſifiée ou durcie dans le commencement des Aneuriſmes, qu'il n'eſt pas facile de juger, s'ils ſont la cauſe ou l'effet de cet accident.

Je n'ai parlé juſqu'ici que de l'Aneuriſme de la poitrine, qui eſt cauſé par un vice interne. Les Aneuriſmes des extrémités ſont le plus ſouvent occaſionnés par des plaies. Cependant quand ils viennent d'eux-mêmes, ils différent très-peu de ceux de la poitrine que j'ai décrits. Leurs autres ſymptomes, outre le battement, ſont que la peau conſerve ſa couleur ſans aucun changement ; que la tumeur rentre, lorſqu'on la preſſe avec les doigts, & qu'elle revient auſſi-tôt, lorſqu'on ôte les doigts. Mais ſi l'Aneuriſme eſt ſur le point de crever, la peau s'enflame, & le ſang coagulé qui eſt dans le ſac, rend quelquefois le battement beaucoup moins ſenſible.

On peut quelquefois porter bien des années cette ſorte d'Aneuriſme, ſi on l'empêche de ſe dilater par le

moyen d'un bandage convenable : autrement il eſt dangereux qu'il ne creve, & s'il eſt conſidérable, qu'il ne carie les os voiſins. Il y a toute apparence que l'ouverture de la tunique externe d'une artére cauſe preſque les mêmes ſymptomes, que lorſque toutes les tuniques ſont affoiblies par un vice interne. C'eſt ce qui arrive fort vraiſemblablement après la ſaignée du bras, quand on ne s'eſt pas auſſi-tôt apperçû de l'ouverture de l'artére, & que la tumeur a commencé à ſe former quelques jours après la piquure.

Voici néanmoins ce qui ſe paſſe pour l'ordinaire dans l'Aneuriſme qui ſurvient à la ſaignée. D'abord il ſort du ſang artériel par l'ouverture de la peau ; & quand on l'a arrêté par quelque application extérieure, il s'inſinue entre les muſcles, & ſe répand dans le bras, tant qu'il ne trouve point d'obſtacle. Alors il produit une *Ecchymoſe* qui rend le bras livide. Le ſang ſe coagule en conſiſtence de chair, & empêche qu'il n'y ait de battement ſenſible.

Lorſque le ſac s'éleve près de l'ouverture de l'artére, il eſt formé le plus ſouvent par l'aponevroſe qui couvre le vaiſſeau, & qui s'épaiſſit & ſe dilate exceſſivement à cauſe du ſang épanché par-deſſous. Il faut, à mon avis, que ce ſoit cette membrane qui forme le ſac ; autrement on ne pourroit pas en ouvrant la tumeur dans l'opération, découvrir ſi aiſément la piquure. Si le ſac étoit formé par les tuniques de l'artére, on ne pourroit pas le bien ſéparer du vaiſſeau, d'autant que celui-ci ſe trouveroit toujours dilaté au-deſſus & au-deſſous du ſac, comme on voit dans les autres Aneuriſmes ; au lieu que cela eſt rare dans celui dont nous parlons.

Le bandage guérit quelquefois de petits Aneuriſmes, & des piquures de l'artére arrivées en ſaignant. Mais l'opération eſt preſque toujours néceſſaire à la fin. Elle ſe fait à peu près de la même maniere dans toutes les parties du corps. Or ſuppoſé que l'Aneuriſme ſoit au pli du bras, voici comment il faut s'y prendre.

Ayant appliqué le Tourniquet près de l'épaule, & mis le bras dans une ſituation convenable, on fait au côté interne du muſcle *Biceps* une inciſion longitudinale, qui s'étende conſidérablement au-deſſus & au-deſſous du coude. Cette inciſion étant dans la même direction que l'artére, on appercevra celle-ci, dès qu'on aura ôté le ſang caillé, qu'il faut avoir ſoin d'ôter entiérement avec les doigts, la plaie étant ſuffiſamment dilatée pour cela.

Si on ne découvre pas d'abord l'ouverture de l'artére, on lâchera le Tourniquet, & le ſang qui jaillira, la fera bien-tôt connoître. On paſſe enſuite avec précaution ſous l'artére une aiguille courbe enfilée d'une ligature, & on lie le vaiſſeau immédiatement au-deſſus de l'ouverture. On paſſe une ſeconde fois l'aiguille, & on fait une autre ligature au-deſſous de l'ouverture, afin d'empêcher le retour du ſang. On laiſſe la partie de l'artére qui eſt entre les ligatures, ſe conſumer d'elle-même, ſans la couper.

Pour ne pas bleſſer ou lier le nerf en faiſant la ligature de l'artére, on peut ſéparer auparavant l'artére du nerf, & la tenir élevée avec une Errhine. Mais je crois que ſi on prend bien garde à la ſituation du nerf, on ne court pas riſque de l'offenſer.

Après l'opération il faut ſituer le bras commodement, le plaçant ſur un oreiller, & faiſant garder le lit au malade. On traitera la plaie ſuivant la méthode ordinaire, & on tiendra le bras dans cette ſituation quinze jours ou trois ſemaines, ſur-tout s'il s'enfle conſidérablement, & ſi la ſuppuration ne va pas comme il faut.

Quand on fait cette opération, il eſt à propos d'avoir tout prêts les inſtrumens qui ſervent à l'amputation; parce qu'il pourroit arriver qu'on fût dans l'impoſſibilité de lier l'artére; & même après l'avoir lié, on doit veiller ſoigneuſement ſur l'état du bras, afin de le couper en cas de gangrêne. L'expérience montre que l'opération eſt très-rarement ſuivie de cet accident. Il devroit néanmoins, ſuivant

toutes les apparences, arriver toujours. Car ces Aneuriſmes étant toujours une ſuite de la ſaignée à la veine Baſilique, il faut néceſſairement qu'ils ſoient des Aneuriſmes de l'artére Brachiale, un pouce au moins au-deſſus de ſa diviſion. Cette artére étant bouchée par la ligature, ſembleroit devoir tomber en gangrêne. Cependant nous voyons le contraire. Il eſt vrai que durant un certain tems après l'opération on ne ſçauroit preſque diſtinguer le moindre pouls, & qu'il demeure toujours foible enſuite.

Si l'artére Brachiale ſe diviſe au-deſſus du coude, comme cela n'eſt pas rare, il y a plus d'eſpérance de guériſon, & le pouls ſera plus fort après l'opération.

CHAPITRE XXXVII.

De l'Amputation.

UNE Gangrêne qui s'étend a toujours été regardée comme la principale raiſon qui oblige à couper les membres. C'eſt pourquoi tous les Auteurs ont coutume de traiter de la Gangrêne, avant que de décrire l'opération. Ils conviennent tous, ce me ſemble, que de quelque eſpece que ſoit la gangrêne, ſi les remédes qu'on emploie n'en arrêtent pas le progrès, il faut en venir à l'amputation. Les mêmes Auteurs néanmoins diſent que cette opération a ſouvent un malheureux ſuccès; & c'eſt une vérité qui à la ſuite du tems s'eſt confirmée d'une maniere inconteſtable par un grand nombre d'expériences. De-là vient que quelques-uns des plus fameux Chirurgiens d'Angleterre rejettent l'amputation dans cette même maladie, qui peu d'années auparavant

étoit le grand motif qui engageoit à la faire ; & la maxime préſente eſt de ne jamais extirper un membre, que la mortification ne ſoit abſolument arrêtée, & même que la ſéparation de la partie morte ne ſoit avancée.

La Gangrêne arrive de deux façons, ou par un vice interne, ou par quelque accident extérieur dans un état de ſanté. Comme la vie d'une partie dépend de la circulation de ſes fluides, tout ce qui arrêtera la circulation, produira infailliblement la Gangrêne. Ainſi une ſimple compreſſe qui empêche le cours du ſang, cauſe auſſi efficacement la Gangrêne, que feroit un vice des liquides ou des vaiſſeaux.

Il arrive ſouvent dans la vieilleſſe que les artéres des extrémités inférieures s'oſſifient ; ce qui détruiſant leur élaſticité, doit en conſéquence produire la gangrêne, d'abord aux orteils, enſuite au corps de la partie preſque auſſi haut que l'endroit où l'oſſification ſe termine. Ainſi dans la gangrêne qui vient de cette cauſe,

on voit tout d'un coup pourquoi l'Amputation qui ſe fait dans le tems que le mal augmente, eſt de ſi peu d'utilité, à moins qu'on ne la faſſe au-deſſus de l'oſſification. Mais comme on ne ſçauroit juger où l'oſſification ſe termine, qu'en conjecturant que c'eſt à l'endroit où la gangrêne s'eſt arrêtée, on voit par-là ſurquoi notre pratique moderne eſt fondée en pareil cas.

Si par quelque accident un membre a été tellement maltraité, qu'il ait commencé à ſe gangréner, l'opération n'y convient pas davantage juſqu'à ce que la gangrêne ſoit arrêtée, que dans le cas précédent. La raiſon eſt que tous les endroits qui ſont gangrénés, y étoient diſpoſés avant que d'en être réellement attaqués. Or couper un membre demi-pouce au-deſſus de l'endroit où la peau eſt abſolument ſans vie, c'eſt ordinairement laiſſer une partie avec des ſemences de gangrêne. Ainſi à moins que d'être sûr que les vaiſſeaux ne ſont point affectés dans l'endroit de l'Amputation, ce qu'on ne peut

guere

guère ſçavoir autrement que par conjecture, l'opération ſera inutile.

Les fluides ſont quelquefois tellement viciés qu'ils perdent leurs qualités nutritives. Alors une extrémité ſe gangréne, non par aucune altération dans ſes vaiſſeaux, mais principalement à cauſe de ſa ſituation. Car étant fort éloignée du cœur, elle ſe trouve plus ſuſceptible des mauvais effets d'un ſang gâté, qu'aucune autre partie; d'autant que la circulation eſt naturellement plus foible aux extrémités.

Quand donc une gangrêne qui vient de cette cauſe, va en s'étendant, il ne ſervira de rien pour l'ordinaire de couper le membre plus haut; puiſqu'on ne fera autre choſe que détruire des effets qu'ont produit les fluides viciés, tandis qu'on laiſſera ces fluides dans le même état de corruption, & également capables de gangréner les autres parties. Auſſi voyons-nous qu'après des Amputations faites en pareil cas, la gangrêne ſe jette quelquefois ſur les viſcéres,

ou ſur les autres extrémités. Cette obſervation donne lieu de conclure, ce me ſemble, qu'il n'eſt pas sûr de faire l'Amputation, juſqu'à ce que l'état des fluides ſoit changé; & ce changement ſe manifeſtera auſſi-tôt en ce que la gangrêne s'arrêtera.

J'ai établi pour regle, que la gangrêne devoit non-ſeulement être arrêtée, mais encore avancée dans ſa ſéparation. En voici la raiſon. Quoique la nature du ſang ſoit aſſez corrigée pour que la gangrêne s'arrête, néanmoins il eſt encore alors dans un mauvais état; & il faut lui donner le tems de ſe dépurer, en tenant le malade dans un parfait repos, & lui donnant des cordiaux, juſqu'à ce qu'on voye pouſſer de bonnes chairs ſur la partie vivante de l'extrémité gangrenée; ce qui montrera que le ſang a repris ſa qualité balſamique. Durant ce tems-là on peut envelopper le membre de linges trempés dans une liqueur ſpiritueuſe ou aromatique, afin d'empêcher la puanteur de la gangrêne.

J'ai vû couper des membres auſſi-

tôt après que la gangrêne avoit ceſſé, & les malades périr enſuite par de fréquentes hémorrhagies qui ne venoient pas des gros vaiſſeaux, mais de tout le moignon. La cauſe de telles hémorrhagies étoit, à mon avis, la trop grande aquoſité du ſang, qui à peine teignoit en rouge les linges & les bandages. D'un autre côté j'ai fait moi-même des Amputations un tems conſidérable après que la gangrêne avoit ceſſé, & le ſuccès a été auſſi heureux que dans aucun autre cas.

Dans les plaies d'armes à feu, les fractures compliquées, & tous les accidens ſubits qui demandent l'Amputation, elle réuſſit le mieux ſi on la fait ſur le champ. Les maladies des articulations, les ulcéres anciens, & toutes les tumeurs écrouelleuſes reviennent quelquefois en d'autres endroits après l'opération. Quand il s'agit de couper la jambe, voici la maniere de s'en acquitter.

On place le malade ſur une table de trois pieds quatre pouces de haut; ce qui vaut beaucoup mieux qu'une

chaiſe baſſe, parce que le malade ſera plus ferme, & que l'Opérateur n'ayant pas beſoin de ſe baiſſer, comme lorſqu'on ſe ſert d'une chaiſe baſſe, évitera une poſture également pénible & incommode. Tandis qu'un des Aides-Chirurgiens tient la jambe, on roule trois ou quatre fois à l'entour, environ à quatre ou cinq pouces au-deſſous de l'extrémité inférieure de la Rotule, une bande de fin linge d'un demi pouce de largeur. Cette bande étant arrêtée avec une épingle, ſervira à marquer la route du couteau, qu'on ne pourroit peut-être ſans cela conduire auſſi adroitement.

La méthode a toujours été de rouler cette bande dans une direction perpendiculaire à la longueur de la jambe. Mais quoiqu'on ait d'abord coupé le membre uniment, néanmoins les muſcles Jumeaux & le Soléaire venant à ſe contracter enſuite tirent en-haut la partie poſtérieure du moignon, avec plus de force que les autres muſcles ne font le reſte. Ayant remarqué cela & voulant rendre la ci-

catrice bien égale, je me ſuis aviſé depuis peu de laiſſer de quoi ſuppléer à cette contraction exceſſive ; & pour cela j'ai fait l'inciſion circulaire de telle maniere, que la partie de la plaie qui eſt ſur le gras de jambe, ſe trouvât un peu plus éloignée du jarret, que celle qui eſt ſur le *Tibia*, ne l'eſt du milieu de la Rotule.

Pendant qu'on fait la ligature autour de la jambe, un des Aides-Chirurgiens en mettra une forte autour de la cuiſſe, environ trois ou quatre pouces au-deſſus de la Rotule ; & l'ayant paſſée par deux trous qu'on aura fait dans un morceau de cuir de figure quarrée, il la ſerrera avec un Tourniquet juſqu'à ce que l'artére ſoit ſuffiſamment comprimée, afin de prévenir une hémorrhagie conſidérable ; & pour mieux ſerrer, il pourra mettre une compreſſe de filaſſe ou de linge ſous la ligature, à l'endroit de l'artére.

Le cours du ſang étant arrêté, l'Opérateur commencera l'inciſion immédiatement au-deſſous de la bande

de linge. Il coupera d'abord la partie poſtérieure de la jambe, & conduiſant le couteau de ſon côté, il pourra faire tout d'un trait plus de la moitié de l'inciſion circulaire. Enſuite portant le couteau ſur la partie antérieure de la jambe, il continuera de couper juſqu'à l'endroit où il avoit commencé; de telle maniere que les deux inciſions venant à ſe rencontrer n'en forment qu'une ſeule, laquelle doit aller juſqu'aux muſcles, par de-là le corps graiſſeux. Alors on ôtera la bande de linge, & un Aide-Chirurgien tirant la peau vers le genou auſſi haut qu'il ſera poſſible, l'Opérateur coupera les chairs tout contre les bords de la peau qui eſt tirée vers le genou; & il les coupera juſqu'à l'os de la même maniere qu'il a fait la peau. Avant que de ſcier les os, il coupera le ligament qui eſt entre deux, avec la pointe du couteau, & l'Aide qui tient la jambe tandis qu'on la ſcie, aura ſoin de ne pas la hauſſer, parce que cela empêcheroit l'action de l'inſtrument.

Lorſque l'Amputation ſe fait plus bas que le genou, il eſt avantageux que l'Opérateur ſe tienne entre les jambes du malade, parceque de cette façon il pourra ſcier en même tems le *Tibia* & le *Péroné* en appliquant la ſcie en-dehors ; au lieu que ſi on l'applique au côté interne de la jambe, le *Tibia* ſera ſcié avant le *Péroné* ; ce qui non-ſeulement allonge l'opération, mais peut encore éclater le *Péroné* lorſqu'il eſt preſque entiérement ſcié, à moins que l'Aide-Chirurgien n'ait grand ſoin de le ſoutenir.

La jambe étant coupée, il s'agit enſuite d'arrêter le ſang. Cela doit être exécuté d'une maniere efficace, avant que le malade ſoit mis au lit ; autrement il y aura grand danger d'une nouvelle hémorrhagie, lorſque la fiévre s'allumera, & que les vaiſſeaux du moignon viendront à ſe dilater ; deux ſymptomes qui arrivent peu de tems après l'opération. Il n'eſt point de méthode auſſi ſure pour prévenir ce danger, que de lier les extrémités des vaiſſeaux. Pour cet effet on prend

une aiguille courbe enfilée, & l'ayant paſſée deux fois à travers la chair, preſque tout autour des vaiſſeaux, on fait un nœud qui les enfermera néceſſairement; & afin de découvrir leurs orifices, on ordonne à l'Aide-Chirurgien de lâcher chaque fois le tourniquet. Cette méthode vaut beaucoup mieux que celle d'employer des Pincettes pour ſaiſir les artéres; car de cette derniere façon les vaiſſeaux s'échappent aiſément de la ligature.

Quant aux applications ſtyptiques, on connoît ſi bien aujourd'hui leur inefficacité, qu'il n'y a preſque perſonne qui s'en ſerve dans les hémorrhagies des gros vaiſſeaux.

On ſe trouve quelquefois obligé dans un gros moignon de lier dix vaiſſeaux, ou même davantage. Cela étant fait, on appliquera ſur la plaie de la charpie ſéche & brute; & au cas que les petits vaiſſeaux donnent beaucoup de ſang, on pourra mêler dans la charpie une poignée de fleur de farine, qui aidera à mieux boucher leurs orifices.

Avant

Avant que de mettre la compreſſe il faut ſerrer le moignon avec des tours de bande, qu'on commence dès le bas de la cuiſſe, en deſcendant par doloire juſqu'à l'extrémité du moignon. L'uſage de ce bandage eſt de tenir la peau avancée vers le moignon; car malgré les meſures qu'on a déja priſes auparavant pour cela, elle ne laiſſeroit pas de ſe retirer juſqu'à un certain point, ſi elle n'étoit ainſi aſſujettie. On peut maintenir l'appareil des panſemens avec la compreſſe en forme de croix, & un bandage médiocrement ſerré. Pour ce qui eſt du traitement de la plaie, on peut conſulter ce que nous avons dit en parlant des plaies récentes.

Avant qu'on eût découvert la méthode d'une double inciſion, telle que je viens de la décrire, le moignon étoit toujours long-tems à guérir. Car en coupant tout-à-la fois la peau & la chair juſqu'à l'os, & ſciant l'os à fleur de l'inciſion, il arrivoit de là que la peau & la chair ſe retiroient, & laiſſoient déborder l'os au-

delà de la plaie, quelquefois juſqu'à deux ou trois pouces. Auſſi ne manquoit-il guere de s'exfolier; ce qui étoit ennuyeux, & outre cela faiſoit ſouvent dégénérer la plaie en ulcére habituel, ou du moins laiſſoit un moignon pointu, avec une cicatrice prête à ſe rouvrir au plus léger accident.

On évite tous ces inconvéniens par notre nouvelle méthode; & je ne vois pas qu'on puiſſe rien objecter contre, ſi ce n'eſt peut-être que la douleur que reſſent le malade dans le tems de l'inciſion, doit être une fois auſſi grande que dans l'autre méthode, à cauſe de la double inciſion. Mais ſi on fait attention qu'on ne coupe d'abord que la peau, & enſuite que la chair, quoique ce ne ſoit pas en même tems, je crois qu'on jugera cette différence de douleur peu conſidérable.

Dans l'Amputation de la cuiſſe, la premiere inciſion doit ſe faire un peu plus de deux pouces au-deſſus de la Rotule. Après l'operation on conduira autour du corps une bande avec laquelle on fera ſur la cuiſſe pluſieurs

circulaires en deſcendant par doloire, afin de ſoutenir la peau & la chair. Ce bandage eſt celui qui convient le mieux, à cauſe des abſcès qui ſe forment quelquefois à la partie ſupérieure de la cuiſſe, & qui ne peuvent s'évacuer auſſi-bien avec tout autre bandage, étant preſque impoſſible de rouler la bande plus haut que l'abſcès, à moins qu'on l'ait d'abord roulée autour du corps.

L'amputation du bras & de l'avant-bras différe ſi peu de celle de la jambe, que je ne pourrois la décrire ſans répéter ce que j'ai déja dit. Il faut ſeulement avoir ſoin de conſerver toujours autant que l'on peut du membre, & dans toutes les Amputations des extrémités ſupérieures, de placer le malade ſur une chaiſe.

Il arrive ſouvent dans les armées que le bras eſt bleſſé près de l'Omoplate par un coup d'arme à feu. Alors l'Amputation à l'épaule ſeroit néceſſaire ; mais la crainte que l'hémorrhagie ne fît périr le malade dans l'opération, a empêché les Chirur-

giens de l'entreprendre. J'ai oui dire qu'elle avoit été faite une fois. Mais quand elle n'auroit jamais été faite, on pourroit comprendre qu'elle eſt praticable, par l'accident qui arriva à un pauvre Meunier, dont le bras & l'Omoplate furent ſéparés avec violence du reſte du corps par une corde, qui s'étant entortillée par hazard autour de ſon poignet, fut tout d'un coup enlevée en l'air par le moulin. Preſque tout Londres ſçait cette hiſtoire, & que le malade fut guéri au bout de quelques ſemaines. Une circonſtance fort remarquable dans cet accident, c'eſt qu'après la défaillance qui ſurvint, l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même, & ne recommença plus du tout, quoiqu'on n'eût mis autre choſe ſur les gros vaiſſeaux que de la charpie & de la térébentine. Ainſi quand il y a une plaie ou une fracture près de l'articulation, ou bien des Fiſtules incurables dans l'articulation, ſans beaucoup de carie, je crois que l'opération peut ſe faire ſans danger, de la maniére ſuivante.

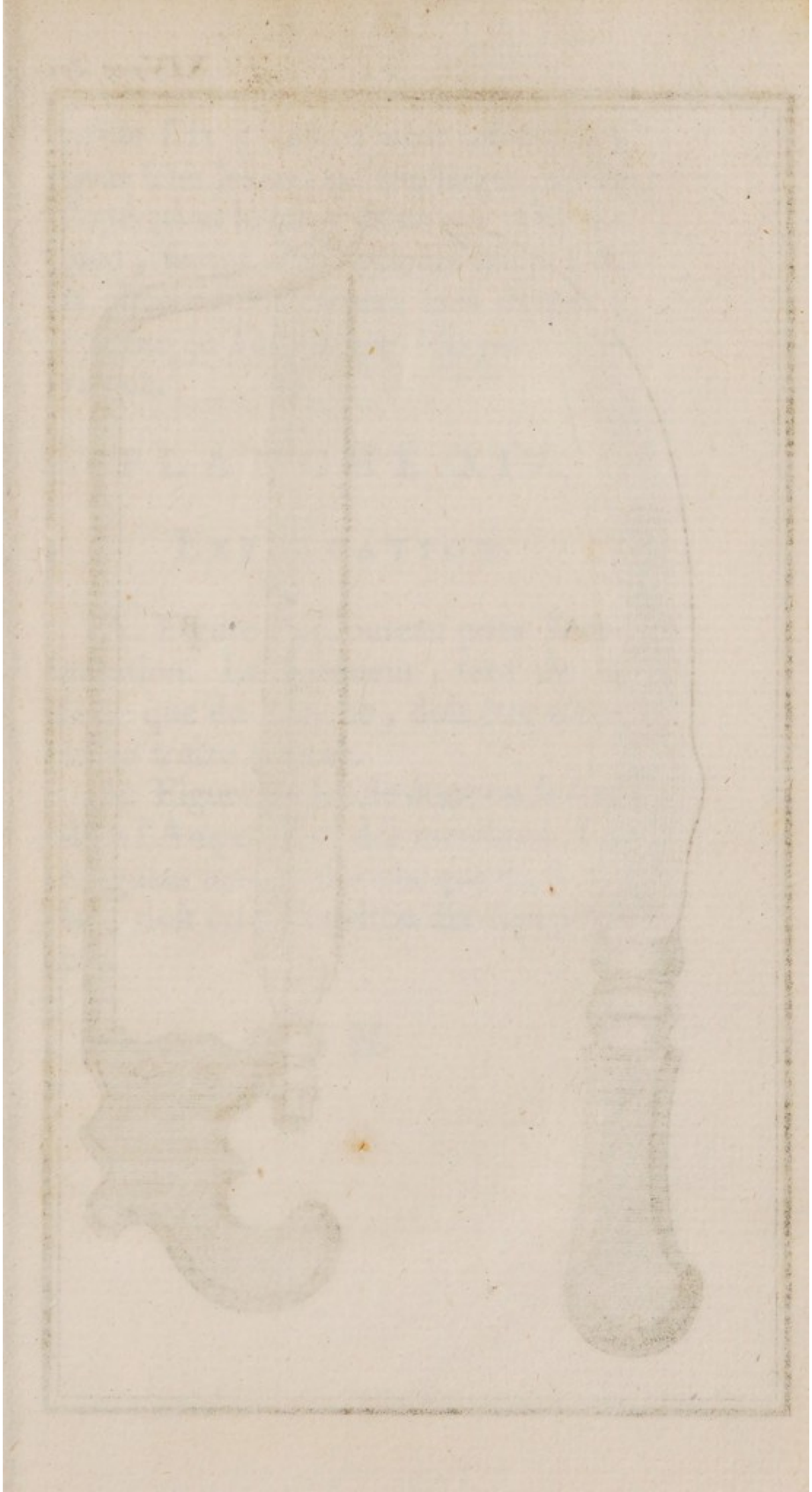
Le bras du malade étant tenu horizontalement, on fera une inciſion à travers le corps graiſſeux, commençant à la partie ſupérieure de l'épaule, & deſcendant par-deſſus le muſcle Pectoral juſqu'à l'aiſſelle. Enſuite tournant en-haut le tranchant du biſtouri, on coupera ce muſcle & une partie du Deltoïde. Tout cela peut s'exécuter ſans riſque de bleſſer les gros vaiſſeaux, qui ſe trouveront à découvert par ces inciſions. S'ils ne le ſont pas, on coupera encore davantage du muſcle Deltoïde, & on portera le bras en arriere. Enſuite ayant lié l'artére & la veine avec une forte ligature, on continuera l'inciſion circulaire à travers la jointure, & on aura ſoin de couper les vaiſſeaux à une diſtance conſidérable au-deſſous de la ligature. On arrêtera le ſang des petits vaiſſeaux comme dans les autres Amputations.

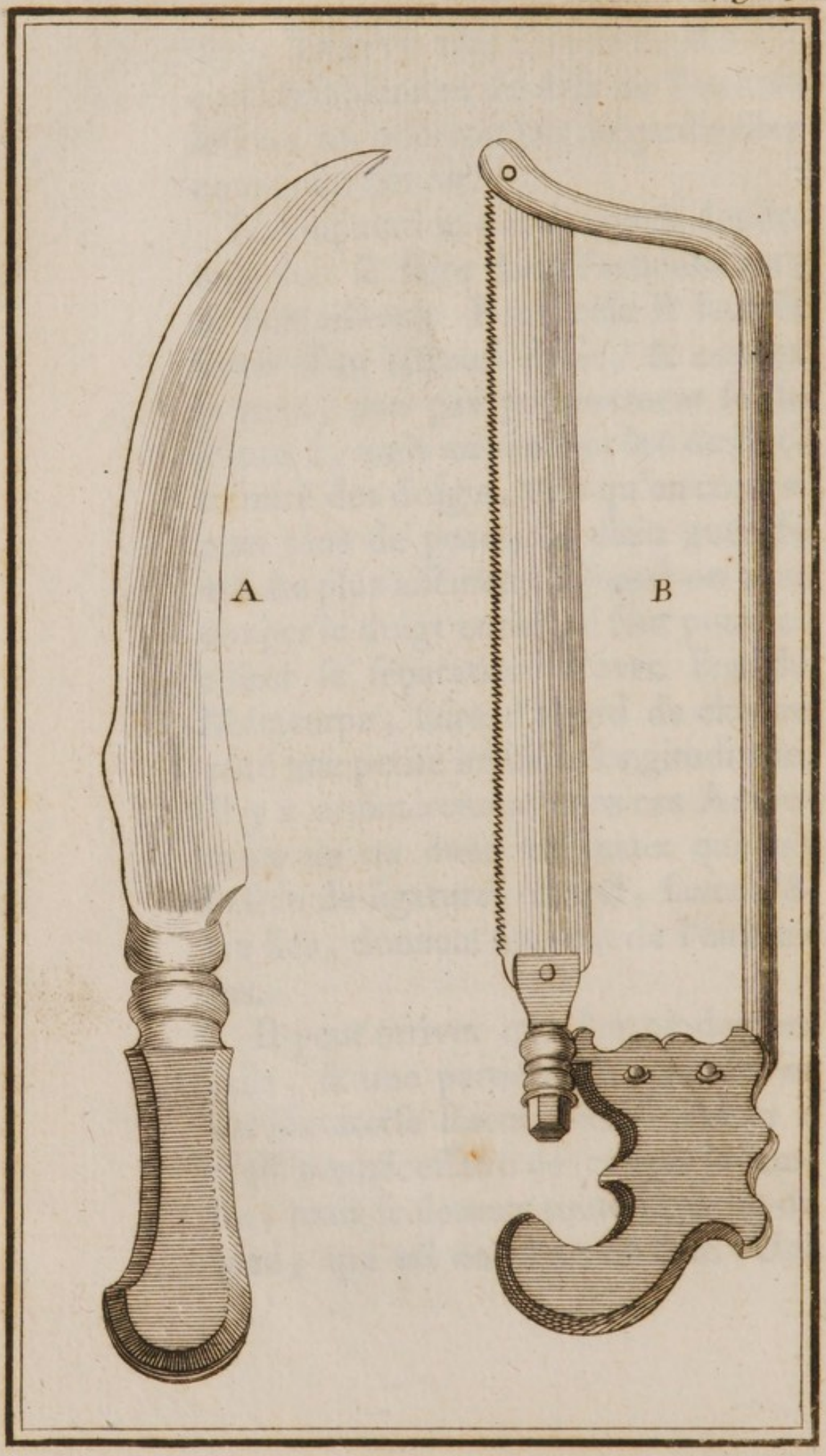
En faiſant cette opération il faut conſerver le plus qu'on peut de la peau, & avoir égard à la ſituation de l'*Acromion*; car comme il avance

conſidérablement au-delà de l'articulation, on pourroit par mégarde aller couper ſur cet os.

L'Amputation des doigts & des orteils doit ſe faire dans l'articulation, & non ailleurs. Pour cela il faut ſe ſervir d'un biſtouri droit, & couper la peau, non pas poſitivement ſur la jointure, mais un peu du côté de l'extrémité des doigts, afin qu'en conſervant plus de peau, la plaie guériſſe enſuite plus aiſément. Quand on veut couper le doigt entier, il faut pour faciliter ſa ſéparation d'avec l'os du Métacarpe, faire d'abord de chaque côté une petite inciſion longitudinale. Il y a ordinairement dans ces Amputions un ou deux vaiſſeaux qui ont beſoin de ligature, & qui, faute d'être liés, donnent ſouvent de l'embarras.

Il peut arriver que les os des orteils, & une partie ſeulement des os du Metatarſe ſoient cariés. Alors il n'eſt pas néceſſaire de couper la jambe, mais ſeulement toute la partie du pied, qui eſt en mauvais état. Une




A
B

petite ſcie à reſſort vaut mieux ici pour ſcier les os, qu'une large. Après l'opération le talon & ce qui reſte du pied, ſeront d'une grande utilité; & la plaie ſe conſolidera ſans danger, comme je l'ai vû une fois par expérience.

PLANCHE XIV.

EXPLICATION.

A. Figure du Couteau pour l'amputation. La longueur, tant de la lame que du manche, doit être d'environ treize pouces.

B. Figure de la ſcie dont on ſe ſert dans l'Amputation des membres. La longueur tant du manche que du feuillet, doit être d'environ dix-ſept pouces.

FIN.

un tiers à l'Hôtel-Dieu de Paris, l'autre tiers audit Exposant, & de tous dépens, dommages & intérêts. A la charge que ces Présentes seront enregistrées tout au long sur le Registre de la Communauté des Libraires & Imprimeurs de Paris, dans trois mois de la date d'icelles; que l'impression desdits Ouvrages sera faite dans notre Roïaume & non ailleurs, & que l'Impétrant se conformera en tout aux Réglemens de la Librairie, & notamment à celui du 10. Avril 1725. & qu'avant que de les exposer en vente, les Manuscrits ou Imprimés qui auront servis de copie à l'impression desdits Ouvrages, seront remis dans le même état où les Approbations y auront été données, ès mains de notre très-cher & féal Chevalier, le Sieur Daguesseau, Chancelier de France, Commandeur de nos Ordres, & qu'il en sera ensuite remis deux Exemplaires de chacun dans notre Bibliothéque publique, un dans celle de notre Château du Louvre, & un dans celle de notre très-cher & féal Chevalier le Sr Daguesseau, Chancelier de France, Commandeur de nos Ordres; le tout à peine de nullité des Présentes. Du contenu desquelles vous mandons & enjoignons de faire jouir l'Exposant ou ses ayans cause pleinement & paisiblement, sans souffrir qu'il leur soit fait aucun trouble ou empêchement. Voulons que la copie desdites Présentes qui sera imprimée tout au long au commencement ou à la fin desdits Ouvrages, soit tenue pour dûment signifiée, & qu'aux copies collationnées par l'un de nos amez & féaux Conseillers & Sécré-

taires, foi ſoit ajoutée comme à l'Original. Commandons au premier notre Huiſſier ou Sergent, de faire pour l'exécution d'icelles, tous actes requis & néceſſaires, ſans demander autre permiſſion, & nonobſtant Clameur de Haro, Chartre Normande, & Lettres à ce contraires. Car tel eſt notre plaiſir. DONNE' à Verſailles le trente-uniéme jour de Décembre, l'an de grace mil ſept cent quarante, & de notre Regne le vingt-ſixiéme. Par le Roi en ſon Conſeil.

SAINSON.

Regiſtré ſur le Regiſtre dix de la Chambre Royale des Libraires & Imprimeurs de Paris, N°. 422. fol. 412. conformément aux anciens Réglemens confirmés par celui du 28. Février 1723. A Paris le 5. Janvier 1741.

SAUGRAIN, Syndic.