

bord cartilagineux de la dixième côte et la région ombilicale. Afin de n'être point gêné par la dépression naturelle du flanc, je découvris la tumeur chez lui au moyen d'une incision transversale, légèrement convexe par en bas. Il fallut pénétrer ainsi à travers la peau, le fascia sous-cutané, le muscle grand oblique, car la tumeur était assez profondément située. L'extirpation n'en fut d'ailleurs pas autrement difficile; mais elle exigea la ligature de deux artérioles, et laissa une assez large caverne au-dessous des téguments. Guéri de l'opération, ce malade succomba plus tard aux suites d'une amputation de l'avant-bras, nécessitée par une dégénérescence cancéreuse des os du poignet gauche.

En résumé, messieurs, vous voyez que les névômes, ordinairement uniques et parfaitement isolés au milieu des autres tissus, peuvent être extirpés sans difficultés bien grandes chez presque tous les malades; s'ils occupent de petits nerfs, ce serait une précaution inutile de chercher à les en détacher plutôt que d'exciser le nerf et la tumeur du même coup; dans le cas contraire, et surtout s'il s'agissait du nerf sciatique, il faudrait tout faire pour en dégager les cordons nerveux, au moins en partie, comme je l'ai fait pour la demoiselle H*** en 1834. Si cette séparation était absolument impossible, et que les accidents causés par le névôme fussent trop graves, on devrait encore terminer l'opération au risque de couper une portion plus ou moins considérable d'un gros nerf. L'observation prouve d'ailleurs que par suite de cette excision la vie est rarement compromise, que les fonctions du membre ne sont pas entièrement détruites, et que souvent même la sensibilité et la myotilité se rétablissent presque comme auparavant. M. Malagodi qui a fait l'excision d'une assez forte portion du nerf sciatique pour un cas de névralgie que rien n'avait pu calmer, a vu le membre, paralysé d'abord, reprendre peu à peu ses fonctions et le malade être complètement rétabli au bout d'une année.

ARTICLE XVIII.

RÉSUMÉ DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE

PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1839-1840 (1).

Dans le résumé que je fais habituellement vers la fin de l'année scolaire sur l'ensemble de nos travaux, je disposerai et examinerai par groupes les diverses maladies que nous avons eues à étudier.

Les malades qui ont été admis cette année dans nos salles de clinique chirurgicale ont été au nombre de *quinze cents* environ: je commencerai par les maladies des yeux; elles ont été en grand nombre. En effet, 232 observations de maladies d'yeux ont été recueillies sur 167 individus. Ce nombre s'explique parce que tantôt la maladie n'attaquait qu'un seul œil, et tantôt les deux yeux.

Cataractes. — Les individus atteints de cataracte avaient, tantôt un seul œil, tantôt les deux yeux cataractés; ce qui porte le nombre des cataractes à 51: 40 de ces cataractes étaient cristallines, 6 étaient membraneuses, 5 étaient traumatiques.

Les cataractes ont été opérées par les deux méthodes d'abaissement et d'extraction. Je n'ai soumis à cette dernière méthode que 2 individus; les 33 autres ont été opérés par abaissement. Le résultat de ces opérations a été 2 morts, 9 insuccès, 13 succès incomplets, le reste succès.

Les deux individus morts à la suite de l'opération de la cataracte nous présentent deux faits que vous ne devrez pas perdre de vue. Oui, messieurs, de même que toutes

(1) Leçons d'août 1840.

les opérations les plus minimales, l'opération de la cataracte peut être suivie de la mort; l'inflammation que provoque cette opération peut s'étendre à l'œil tout entier, amener une ophthalmite, et la fonte purulente du globe oculaire; l'inflammation peut se propager à l'intérieur du crâne et amener une encéphalite ou une méningite. Nos deux opérés de cataracte par extraction ont été dans un véritable danger par suite d'ophtalmies qui se sont développées chez eux. Les deux malades que nous avons perdus et qui avaient été opérés par abaissement ont succombé à des maladies qui se sont développées pendant leur séjour à l'hôpital; l'un a été atteint d'une pleurésie avec épanchement, l'autre d'un érysipèle.

A l'occasion de ces érysipèles, dont vous connaissez tous les dangers, je dois vous dire qu'un moyen de les provoquer consiste dans l'application des vésicatoires que certains praticiens recommandent avant l'opération de la cataracte, afin de détourner l'inflammation qui doit survenir après l'opération. Ce moyen, que Dupuytren ne manquait pas d'employer, et auquel je ne sais si M. Roux a renoncé depuis, ce moyen, dis-je, je m'en abstiens maintenant, dans la crainte de provoquer cette phlegmasie si dangereuse. J'ai vu à l'hôpital Saint-Antoine une femme que j'avais opérée de la cataracte avec succès, et à laquelle je fis appliquer un vésicatoire, être prise d'un érysipèle qui avait pour point de départ le vésicatoire. Cette malade succomba aux suites de cet érysipèle.

Vous avez vu que j'ai mentionné dans le résultat des opérations de cataracte 13 succès incomplets, et 26 succès. Il faut que je m'explique à ce sujet. Si on voulait être vrai sur les résultats de l'opération de la cataracte, on avouerait que jamais on n'obtient un succès complet, c'est-à-dire que les malades ne voient jamais aussi bien après l'opération qu'avant d'être atteints de la maladie qui a nécessité l'opération. Il est facile de comprendre ce résultat; l'œil n'est plus le

même après l'opération, que le cristallin ait été abaissé, extrait ou broyé; la réfraction des rayons lumineux ne se fait plus de la même manière: l'œil est incomplet; il ne peut plus remplir ses fonctions comme à l'époque où toutes ses parties constituantes existaient; le cristallin ne se reproduit pas; il est remplacé par une humeur d'une nature différente, et qui ne remplit pas l'office du cristallin d'une manière aussi parfaite que lui. Ainsi, messieurs, ne croyez pas que vos malades opérés de la cataracte verront jamais aussi bien après l'opération qu'avant la maladie; mais pourvu qu'ils puissent distinguer les objets, se conduire et lire avec plus ou moins de facilité à l'aide de lunettes, etc., vous pourrez dire, suivant l'usage, que le succès a été complet; il l'a été autant que possible: la chirurgie ne peut pas davantage.

Je n'insisterai pas aujourd'hui, messieurs, sur la préférence à donner à telle ou telle méthode d'opérer la cataracte; je me suis expliqué assez au long dans les diverses leçons que j'ai faites sur ce sujet (1); je me bornerai à vous dire, à l'occasion des deux méthodes principales, d'abaissement et d'extraction, que celle-ci, lorsqu'elle réussit, a toujours un résultat plus complet et meilleur que l'abaissement. Mais alors, me direz-vous, pourquoi se fait-il que vous pratiquiez presque toujours l'abaissement et si rarement l'extraction? La raison en est dans les accidents qui surviennent après cette dernière, et qui entraînent souvent des désordres irréremédiables et la perte de la vision, tandis que ces accidents après l'abaissement sont rares, plus faciles à combattre, et permettent de recommencer d'autres opérations, qui ne sont plus possibles après l'extraction. Au surplus, messieurs, je dois convenir que j'ai eu plusieurs phases dans ma vie au sujet de la

(1) Voyez tome I de cet ouvrage, page 317, et le *Manuel des maladies des yeux* de M. Janselme.

méthode à adopter dans l'opération de la cataracte. En 1825, lorsque je traitai ce point, je me déclarai en faveur de l'abaissement; en 1832, lorsque je publiai la première édition de mon *Traité de médecine opératoire*, je devins davantage partisan de l'extraction. Enfin huit années après, je me trouvai hésiter entre les deux méthodes, à l'époque de la publication de la seconde édition de cette *Médecine opératoire*, et j'en suis là encore maintenant.

A l'occasion de la cataracte par abaissement, je ferai une remarque sur les résultats amenés par une modification que j'ai apportée à l'abaissement. Il m'a semblé plus facile et plus avantageux pour opérer l'abaissement de la cataracte de passer l'aiguille par-dessus le cristallin pour revenir au-devant de lui, déchirer la capsule et l'abaisser ensuite, au lieu de passer en dessous; de cette manière une voie est déjà frayée au cristallin par l'aiguille, et on l'abaisse plus aisément. J'ai employé un assez grand nombre de fois ce procédé avec avantage, et je m'en suis bien trouvé; il m'a semblé toutefois que cette manière d'opérer la cataracte donnait plus souvent lieu que les autres à un accident assez fâcheux: c'est le tremblement des humeurs de l'œil. S'il était prouvé par de nouvelles observations que cette maladie dépendit du procédé, il faudrait aviser au moyen de le modifier ou y renoncer, car le tremblement des humeurs de l'œil nuit beaucoup à la vision.

Conjonctivites. — Nous avons eu cette année 75 cas de conjonctivites aiguës ou chroniques observées sur 44 malades. Ces conjonctivites ont été oculaires ou palpébrales seulement, ou oculo-palpébrales. Nous avons recueilli 9 observations de conjonctivite purulente. Nous parlerons de celles-ci à part.

Le traitement des conjonctivites oculaires et palpébrales non purulentes a été celui que nous suivons depuis longtemps; il a consisté dans l'emploi du nitrate d'argent en so-

lution dans de l'eau distillée pour les conjonctivites oculaires, incorporé avec de l'axonge pour les conjonctivites palpébrales: et l'observation nous a confirmé l'efficacité de ce topique. La dose du nitrate d'argent en solution dans de l'eau distillée a toujours été faible dans ces cas, et elle suffit en effet: 5 centigrammes de ce sel pour 30 grammes d'eau. Pour la pommade, 1 centigramme de nitrate d'argent pour 4 grammes d'axonge est la formule que j'emploie le plus ordinairement et qui me suffit. L'expérience a prouvé, comme les années précédentes, que dans la variété de blépharite, que je nomme diphtéritique ou couennense, la pommade au précipité blanc convenait mieux que la pommade au nitrate d'argent. Les conjonctivites granuleuses soit palpébrales, soit oculaires, ont été comme d'habitude plus opiniâtres que les autres; plusieurs ont résisté à tout. Cependant nous avons eu plusieurs succès à l'aide du crayon de nitrate d'argent, promené légèrement à la surface de la portion de la conjonctive granuleuse, de manière à ne pas escarifier la membrane et à ne pas lui faire éprouver de perte de substance.

Les *conjonctivites purulentes* ont été traitées par le nitrate d'argent à haute dose, 1, 2 grammes et même 3 grammes pour 30 grammes d'eau, en instillation deux ou trois fois par jour, après avoir préalablement lavé l'œil à grande eau pour le nettoyer de toutes ses souillures. J'ai joint à ce traitement les saignées générales répétées suivant l'âge, la force et la constitution du sujet, et enfin l'emploi du cubèbe et du baume de copahu, isolés ou associés, chez les individus atteints en même temps de blennorrhagies urétrales. Nous avons de cette manière arrêté brusquement et guéri complètement la maladie chez la plupart de nos malades. C'est jusqu'à présent, messieurs, le meilleur traitement que j'ai vu mettre en usage, et je suis persuadé qu'il peut, en étant employé à temps, guérir la moitié, sinon les deux tiers ou les trois quarts des malades: or,

vous savez que l'ophtalmie dite purulente aveugle la plupart des malades, quand elle est traitée par les méthodes ordinaires. J'ajouterai à cette occasion, messieurs, que l'emploi du cubèbe et du copahu associés à haute dose m'a paru être suivi de grands avantages, non seulement sur les individus atteints de conjonctivite purulente et d'une blennorrhagie qui avait pu être l'origine de la première de ces maladies, mais encore chez ceux qui n'avaient pas d'écoulement urétrale ni avant ni après le développement de l'ophtalmie. Ces substances modifient non seulement la sécrétion de la muqueuse urétrale, mais encore plus ou moins celle de toutes les autres muqueuses. A ce titre, elles méritent d'être employées, et le sont en effet avec avantage, suivant moi, dans la conjonctivite purulente.

Nous avons eu à traiter 61 cas de *kératite* sur 46 malades, dont 53 hommes et 13 femmes. Ces *kératites* ont été pour la plupart des *kératites* ulcéreuses, car j'en compte plus de cinquante de cette espèce; les autres étaient des *kératites* diffuses, interstitielles, profondes, partielles, générales, etc.

L'observation de ces *kératites* nous a confirmé dans ce que nous savions déjà sur la ténacité de cette maladie, et sur le peu d'action que possède contre elle la médication directe ou topique, excepté dans les cas de *kératite* superficielle; car lorsque la maladie est interstitielle ou profonde, elle est presque nulle.

Le traitement de ces *kératites* a consisté principalement dans l'emploi des collyres émollients, laudanisés ou belladonnés, des collyres au nitrate d'argent; de petits vésicatoires volants répétés sur la bosse frontale, et du calomel à l'intérieur; les saignées générales et locales ont été employées suivant la violence de l'inflammation. J'ai mis aussi en usage quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent. Le traitement, comme vous le voyez, a été un traitement combiné. Je vous ferai plusieurs remarques

sur l'emploi de quelques uns de ces moyens thérapeutiques: les collyres au nitrate d'argent, que vous avez vus si efficaces dans les conjonctivites, n'ont été véritablement utiles dans les *kératites* que lorsque celles-ci étaient superficielles et ulcéreuses. C'est à une dose faible, 5 centigrammes sur 30 grammes d'eau distillée, que ce collyre a été employé habituellement.

Le vésicatoire volant appliqué sur le front m'a paru aggraver plutôt qu'améliorer la maladie quand on l'appliquait près du sourcil. C'est sur la bosse frontale qu'il m'a paru véritablement utile.

Le calomel à l'intérieur m'a paru améliorer d'une manière évidente les *kératites*. C'est surtout à partir du moment où la salivation est survenue que les symptômes ont été en s'amendant.

J'ai employé les collyres laudanisés et belladonnés avec avantage quand les douleurs étaient très violentes, et dans les *kératites* qui semblaient menacer de se compliquer d'iritis. La formule qui m'a paru la plus avantageuse est la suivante: — Eau distillée, 4 onces; laudanum, 1 gros; extrait de belladone, 1/2 grain.

Iritis. — Nous avons reçu 7 *iritis* primitives. Cette maladie nous a fourni l'occasion de faire des remarques nouvelles et importantes sur cette maladie. J'ai acquis la preuve que le meilleur traitement à employer contre elle était le calomel à haute dose, et de manière à provoquer la salivation. Lorsque cet accident, car c'en est un, se manifeste, en vingt-quatre heures on voit les symptômes de l'iritis s'amender de la manière la plus manifeste, et la maladie marcher rapidement vers la guérison. Je donne dans ces circonstances le calomel depuis 6 jusqu'à 18 grains par jour, et cela jusqu'à ce que la salivation se manifeste. L'emploi de ce calomel, que je regarde comme le meilleur remède à employer dans l'iritis, n'exclut pas les saignées générales et locales, suivant les circonstances, l'âge, la

force et la constitution du sujet, ni les vésicatoires employés comme dans le cas de kératite. On fait aussi usage avec avantage des collyres laudanisés et belladonés. Mais il n'en est pas moins vrai que le médicament dont j'attends le plus de succès, c'est le calomel administré comme je vous l'ai dit. J'ai maintenant plus de douze faits en faveur de ce mode de traitement. Il est heureux, messieurs, que nous possédions un médicament qui ait une efficacité pareille, privés que nous sommes dans cette circonstance de pouvoir employer avec avantage la médication topique; car, à l'exception de collyres laudanisés et belladonés, les autres moyens locaux sont presque sans action.

Ce médicament a un grand inconvénient sans doute, la salivation; mais on a exagéré peut-être ses dangers, car il est bien rare qu'il en résulte des accidents aussi graves que ceux qu'on a signalés, tels que chute des dents, carie des os maxillaires, etc. Pour ma part, j'ai vu fort peu de complications pareilles. Parmi les moyens destinés à la combattre, le meilleur que je connaisse, c'est l'alun.

Si cette salivation est très abondante, qu'il y ait gonflement considérable des gencives, de la langue et des joues, exsudation couenneuse, excoriation, ulcération, je l'emploie en poudre; j'en charge le doigt rendu humide par de l'eau dans laquelle je le trempe; puis j'en frotte toutes les parties qui sont le siège de l'inflammation; je répète deux ou trois fois par jour cette opération. Elle modifie très promptement l'état des parties, et en trois ou quatre jours la salivation est ordinairement arrêtée.

Quand la maladie est plus légère, qu'il n'y a pas de concrétion couenneuse, d'ulcérations ni d'inflammation trop vive, je me borne à des gargarismes aluminés. Par exemple, dans un verre d'eau d'orge miellée, je fais mettre quatre, huit, dix, et même quinze grammes d'alun, et j'en fais gargariser plusieurs fois par jour le malade.

Ce médicament agit beaucoup mieux et plus promptement que l'acide hydro-chlorique, que l'acétate de plomb, qui ont été vantés dans la salivation, et il n'a pas, comme ce dernier agent thérapeutique, l'inconvénient de noircir les dents.

Amauroses. — Nous avons eu à traiter 7 cas d'amaurose. Vous savez, messieurs, et j'ai eu souvent l'occasion de vous le dire, combien j'ai de répugnance pour cette maladie, qui fait et qui fera long-temps encore le désespoir des ophthalmologistes. C'est une vérité généralement reconnue par ceux-là mêmes qui se sont occupés de l'amaurose d'une manière toute spéciale. Malgré les recherches qui ont été faites, malgré les longs mémoires qui ont été publiés sur ce sujet depuis quelque temps, la science a fait si peu de progrès, que maintenant encore les praticiens en sont à se demander ce que c'est que l'amaurose. On est en effet forcé d'avouer qu'on ne sait encore rien de positif à ce sujet. L'amaurose n'est point une maladie; mais elle consiste dans un groupe de symptômes qui se rapportent à une foule de maladies diverses. Quant au traitement, tout a été essayé, vanté et rejeté tour à tour. On guérit sans doute quelquefois, mais comment, et dans quel cas bien déterminé? c'est ce qu'il est bien difficile de préciser. J'ai guéri, comme beaucoup d'autres affirment l'avoir fait, mais je dois vous avouer que je ne sais comment. Je n'ai donc rien à vous dire de bien intéressant au sujet de l'amaurose. J'arrêterai cependant votre attention sur un point de la thérapeutique de cette maladie: il s'agit de la cautérisation de la cornée à l'aide du nitrate d'argent. Ce moyen a une certaine valeur. M. Serres, d'Uzès, dit avoir obtenu des succès avec lui dans quelques cas d'amaurose. Ce qui est positif, c'est que l'attouchement de la cornée transparente avec un crayon de nitrate d'argent dans un point de sa circonférence, ou dans toute l'étendue de cette circonférence, a pour résultat une

contraction, un resserrement de la pupille, quand l'amaurose ne dépendait pas d'une lésion de l'encéphale. C'est à quoi se borne du reste tout le succès obtenu. On a pu réussir à guérir, en employant ce moyen, de ces amauroses passagères qui guérissent avec tout, ou malgré tout, ou sans rien faire; mais je ne crois pas qu'on ait guéri avec lui de ces amauroses qui avaient résisté à tous les moyens. J'ai employé la cautérisation dans ces cas, et le seul avantage, ou pour mieux dire le seul phénomène que j'ai noté, c'est le resserrement de la pupille, mais sans amélioration dans l'état de la vision.

Maladies des paupières. — Nous avons eu huit malades atteints de maladies aux paupières, et qui pour cela sont demeurés dans l'établissement. Parmi ces malades, l'un d'eux vous a présenté un cas fort intéressant de phlegmon gangréneux à la paupière supérieure; vous avez pu vous convaincre de deux choses dans cette circonstance: d'abord de l'importance qu'il y a à faire de nombreuses incisions pour arrêter la marche de la maladie; je les ai multipliées dans le but de faire cesser l'inflammation et d'évacuer le pus qui était accumulé dans l'épaisseur de la paupière; vous avez vu ensuite combien la perte de substance de la paupière était considérable, et cependant la nature est parvenue à réparer cette perte sans qu'il en soit résulté aucun accident. Vous auriez pu craindre un ectropion presque incurable, et cependant il y paraît à peine; c'est que les paupières, et la paupière supérieure principalement, se trouvent à peu près dans le cas des bourses, qui réparent avec une promptitude extrême, et presque sans aucune difformité, les pertes considérables de substance que la gangrène leur fait éprouver. La laxité du tissu cellulaire qui entre dans la composition de la paupière supérieure, l'élasticité de la peau qui la forme et celle des parties environnantes, rendent parfaitement compte de ce phénomène; il ne faut donc pas trop redouter les diffor-

mités de la paupière à la suite de la destruction d'une partie assez considérable de la peau de cette région du corps.

Nous avons eu un cas assez intéressant de végétation dans le grand angle de l'œil, chez une jeune fille. Cette végétation ne dépendait pas de la caroncule lacrymale; elle siégeait dans le repli de la membrane conjonctive, qui est l'analogue de la troisième paupière qu'on rencontre chez certains animaux. J'ai accroché cette tumeur avec une érigne et je l'ai excisée avec des ciseaux solides; elle était dure et comme cartilagineuse.

Nous avons eu plusieurs malades atteints de kystes développés dans l'épaisseur des paupières. Vous avez vu, à l'occasion de l'opération que nécessite cette maladie, la modification que j'ai apportée à son manuel, et les avantages qui en résultent. Je fais saisir la paupière par deux pinces, une de chaque côté, confiées à un aide; cela permet de bien la tendre; on dissèque ainsi très facilement le kyste, et on l'extirpe après l'avoir accroché avec une érigne et isolé des parties environnantes. Dans le cas où les malades sont indociles, après avoir fait saisir la paupière à l'aide de pinces pour bien tendre la peau située au-devant du kyste, je fends celui-ci en même temps que la peau, je le vide de ce qu'il contient, et cautérise sa face interne avec un crayon de nitrate d'argent; il importe, dans ce cas, que toute la cavité du kyste soit exactement et assez fortement touchée par le caustique, afin qu'il puisse s'exfolier complètement et que la récidive ne puisse se faire.

Nous avons eu 4 cas d'entropion et d'ectropion.

Pour les cas d'entropion, j'ai eu constamment recours à l'excision d'un pli transversal des téguments de la paupière inférieure, et je l'ai excisée suivant le procédé que j'ai adopté depuis peu exclusivement, et qui m'a toujours procuré les résultats les plus satisfaisants. Lorsqu'après l'excision des téguments, on laisse la plaie se cicatriser par

seconde intention, la cure est longue et peut devenir incomplète par les accidents qui peuvent arriver dans le cours de la cicatrisation. Si on s'en tient à l'emploi des bandelettes pour rapprocher les côtés de la solution de continuité, ce moyen est infidèle; le sang et les larmes qui coulent en abondance rendent l'application de la suture assez difficile. C'est pour obvier à tous ces inconvénients que je me comporte de la manière suivante. Après avoir soulevé avec les doigts ou de bonnes pinces le pli soit vertical que j'emploie quand le bord palpébral est renversé en dedans, plutôt vers ses extrémités qu'au milieu, ou le pli transversal dans le cas contraire, j'en traverse la base aussitôt avec une aiguille au milieu, puis à chaque extrémité, et j'y laisse trois fils de chacun un pied de longueur. J'excise alors ce pli à une ligne au-devant des fils, et il ne me reste plus qu'à les nouer pour compléter la suture et réunir exactement la plaie. On évite ainsi les embarras causés par le sang, les tissus sont moins difficiles à traverser, et on cause beaucoup moins de douleur aux malades que s'il fallait successivement passer les fils après coup au travers des deux lèvres de la plaie.

Des deux cas d'ectropion, l'un a été opéré par la méthode de Jones, et a été guéri complètement de sa difformité; sur le second, j'ai été obligé de pratiquer une espèce de blépharoplastie qui a également bien réussi.

Compression de l'œil. — Pour terminer ce que j'avais à vous dire sur les maladies des yeux que nous avons eues à traiter cette année, j'ajouterai quelques mots sur la compression de ces organes dans plusieurs des maladies dont ils sont le siège. Nous l'avons employée dans des cas variés; ainsi j'en ai fait usage sur un individu atteint de kératite ulcéreuse avec issue de l'iris. Ce moyen a parfaitement réussi. Appliquée sur un œil atteint de staphylome chez un jeune homme, staphylome compliqué d'inflammation et de douleur vive, la compression a amené de suite

un soulagement notable et une grande diminution dans le volume de la tumeur. Lorsque la compression a été ôtée, l'inflammation, les douleurs et le volume de la tumeur ont reparu; réappliquée de nouveau, l'amélioration est survenue.

Nous avons fait également usage de la compression dans un cas d'exophthalmie produite par une tumeur développée dans l'orbite. Le malade s'en est fort bien trouvé; l'œil est rentré un peu dans l'orbite, et les douleurs ont diminué.

La compression de l'œil est un genre de médication qui n'a pas encore été assez employée dans diverses maladies de cet organe; elle mérite d'être étudiée dans ses effets, et son emploi pourrait peut-être avoir une grande utilité. Je me propose de poursuivre mes recherches à ce sujet.

Maladies de l'orbite. — Nous avons eu plusieurs maladies intéressantes de l'orbite. D'abord une jeune fille atteinte d'une tumeur encéphaloïde développée derrière l'œil, et qui a nécessité l'extirpation de cet organe. Cette malade a présenté ceci de remarquable que la vision a été conservée jusqu'au dernier moment, et qu'il nous a été impossible après l'extirpation de distinguer le nerf optique du reste de la tumeur, tant il était confondu avec elle. J'ai enlevé avec exactitude tout ce que contenait l'orbite, et l'opération a réussi, en apparence au moins, car vous savez avec quelle facilité repoussent les cancers. Il y a trois ou quatre mois environ que cette jeune fille a été opérée; je l'ai revue il y a peu de temps, et jusqu'à présent il n'y a aucune apparence de récidive du mal.

Tumeurs érectiles de l'orbite. — Nous avons eu deux malades atteints de tumeurs érectiles de l'orbite. Un de ces individus avait une tumeur dans chacun des orbites; il rattachait l'origine de ces tumeurs à un coup reçu sur la nuque. Je ne vois guère quel rapport il pouvait exister entre les tumeurs et le coup reçu à la nuque. Quoi qu'il en soit, ce que présentait de plus curieux ce malade, c'est que

la compression de la carotide droite faisait cesser instantanément les battements de la tumeur de l'orbite gauche, et la compression de la carotide gauche celle de la tumeur de l'orbite droit. Ce phénomène m'a paru inexplicable. J'ai lié la carotide droite : la tumeur gauche s'est affaissée, la tumeur du côté droit a un peu diminué ; mais bientôt elle est revenue aussi grosse qu'avant la ligature de la carotide droite, et avec les mêmes caractères. J'ai proposé au malade la ligature de la carotide gauche, mais il s'y est refusé, et il est sorti de l'hôpital n'ayant recueilli de bénéfice que celui provenant de la ligature de la carotide droite. J'ai revu ce malade il y a peu de temps ; la tumeur érectile gauche est parfaitement guérie, mais à droite elle a continué à se développer. C'est une chose peu explicable, car la carotide n'a pas d'anastomoses qui rendent compte de ce phénomène.

Le second malade, qui était atteint d'un seul côté d'une tumeur érectile de l'orbite, rapportait aussi l'origine de sa maladie à un coup qui lui avait été porté sur la nuque. C'est une chose fort singulière que cette coïncidence du développement de tumeurs érectiles dans l'orbite à la suite d'un coup porté sur la nuque. Je me borne à vous citer les faits, mais sans chercher à les expliquer, car cela me semble très difficile, pour ne pas dire impossible.

Tumeurs et fistules lacrymales. — Messieurs, c'est, je dois vous l'assurer, une classe de maladies détestables. J'ai essayé contre elles toutes les méthodes employées, le séton, le clou, la bougie, la canule de Dupuytren. Je pourrais vous dire comme bien d'autres, en renvoyant les malades au bout de quelques jours dans un état assez satisfaisant, qu'ils sont guéris ; mais malheureusement j'apprends que chez un très grand nombre la maladie revient. La canule de Dupuytren est néanmoins le moyen auquel j'ai le plus ordinairement recours ; c'est le moins mauvais de tous peut-

être ; mais il s'en faut de beaucoup qu'il ait l'efficacité que Dupuytren lui attribuait, et que beaucoup de chirurgiens lui attribuent encore. Je n'ai donc rien de bien important à vous apprendre à l'occasion de ce groupe de maladies : il y a beaucoup à faire en thérapeutique à ce sujet.

Le traitement que j'ai suivi sur plusieurs de nos malades cette année a consisté dans l'incision du sac d'abord, puis dans l'introduction dans le canal nasal d'un clou de plomb pendant quelques jours, afin de désobstruer le canal, et à le remplacer, après avoir fait usage d'injections détersives, par la canule de Dupuytren à demeure.

Plaies. — Nous avons eu 57 cas de plaies.

Il y a eu 9 plaies de têtes. Parmi les individus atteints de ces plaies, 2 sont morts, l'un par suite de la complication d'une méningite, l'autre presque immédiatement après la blessure du cerveau. Il y a eu 4 plaies pénétrantes de la poitrine, 2 sont morts par suite de la gravité des lésions des viscères contenus dans cette cavité. Les autres sont guéris sans accident, et leur observation n'a rien présenté de bien remarquable.

Les plaies de l'orbite nous ont présenté un certain intérêt. J'ai appelé votre attention sur celles qui siègent sur l'angle orbitaire externe ; je vous ai fait remarquer que l'inflammation qui les complique a une grande tendance à fuser dans la région temporale, ce qui peut amener des désordres très sérieux. Je vous ai signalé la compression en dehors et en arrière de la plaie comme étant le meilleur moyen pour arrêter cette fâcheuse complication.

Nous avons pratiqué quatre amputations, qui ont été nécessitées par des plaies considérables des membres avec broiement des os ; elles ont été suivies de succès. Les autres plaies que nous avons eu occasion d'observer, disséminées çà et là dans diverses régions du corps, ne nous ont offert rien qui soit digne d'être noté.

Brûlures. — Les brûlures ont été au nombre de 13.