

Après l'extirpation de la partie malade, la dissection y fait reconnaître les dispositions suivantes : la partie la moins profonde du tissu cellulaire qui avoisine l'ulcération est remplie d'une matière squirrhuse blanche, très-peu vasculaire, dont la surface de section présente un aspect très-analogue à celui de la surface de section du cancer de la lèvre. Les ganglions inguinaux ont perdu leur aspect normal; ils sont tuméfiés et endurcis, contiennent une matière solide dans quelques points, molle, blanche et grumoleuse dans d'autres; ils se montrent extrêmement vasculaires dans certains endroits; dans d'autres, complètement dépourvus de vaisseaux.

D'après le nombre des individus qui exercent le métier de ramoneur, et la rareté comparative des cas de ce genre, il semble qu'il doit exister quelque condition générale ou locale qui dispose à cette maladie: je suis disposé à penser qu'elle dépend beaucoup plus de conditions locales que d'une disposition constitutionnelle. En effet, les sujets qui en sont atteints paraissent jouir d'une très-bonne santé au début de l'affection; ce n'est que plus tard qu'ils perdent cette santé, par suite des progrès de la maladie. Quelques uns d'entre eux, il est vrai, se font remarquer par leur intempérance, ce qui les rend extrêmement irritables. Mais je pense que la finesse de l'épiderme et la sensibilité de la peau permettent à la suite d'y produire une inflammation de nature spécifique, et d'y déterminer l'épanchement d'une matière particulière, et que l'inflammation, une fois produite, se propage par simple continuité de tissu, et par l'irritation des ganglions absorbans.

La médecine est impuissante contre cette affection, au moins les moyens dont j'ai fait l'essai sont restés sans résultat. Toutes les applications locales faites dans l'intention d'obtenir directement la guérison sont inefficaces. Il n'existe que deux modes de traitement, la destruction des tissus malades par la cautérisation, ou leur extirpation par l'instrument tranchant.

On étend en couche épaisse sur de la charpie et l'on applique sur l'ulcère un mélange composé d'une drachme d'oxide d'arsenic, incor-

poré dans une once de cérat au blanc de baleine. On retire ce topique au bout de douze heures, et on le remplace par un cataplasme. L'arsenic produit une escharre, qui se sépare en peu de jours, et laisse à nu une surface saine.

Si une partie de l'ancienne surface cancéreuse paraît exister encore, on doit faire une nouvelle application de l'arsenic, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une surface entièrement ravivée.

Si les ganglions sont tuméfiés et durs, l'application faite sur eux ne peut qu'aggraver leur état; on ne doit point y recourir.

Lorsqu'on se décide à enlever la maladie par le fer, l'opération se réduit à une simple dissection. Les ganglions inguinaux tuméfiés ne doivent pas toujours être enlevés par l'instrument tranchant; quelquefois en effet leur engorgement n'est qu'un simple résultat de l'irritation. Comme l'incision d'une partie du scrotum est peu douloureuse, de prompt exécution et sans danger, on peut offrir au malade cette chance de guérison.

Dans les cas où la tunique vaginale participe à la maladie, il faut apporter beaucoup de soins dans son excision, afin d'éviter de blesser le testicule.

Après l'ablation de la portion malade du scrotum, le sang qui s'écoule des vaisseaux, même de ceux qui sont d'un petit calibre, donne lieu souvent à une hémorrhagie abondante, qu'il est difficile d'arrêter par la compression: il est utile, par conséquent, de lier tout petit vaisseau qui donne beaucoup de sang, de ne point panser la plaie tout de suite et de ne point se hâter de placer le malade dans son lit.

Il faut maintenir les parties dans un état de refroidissement, et faire garder au malade le décubitus dorsal; ces moyens sont propres à favoriser la contraction des vaisseaux. Quand l'hémorrhagie a cessé, il faut tenir les bords de la plaie rapprochés par des points de suture.

M. Earle a publié un bon mémoire sur ce sujet, dans les *transactions Médico-Chirurgicales de Londres*.

APPENDICE

AU

TRAITÉ DES MALADIES DU TESTICULE.

J'ai rapporté à l'occasion de la maladie fonguë du testicule une partie des détails du fait suivant (Voy. page 451 et suiv.). Le malade, qui était un chirurgien, est mort depuis. Je dois à son fils la suite de l'histoire de sa maladie. J'ai examiné le corps en présence de MM. Callaway, Dixon, de Kennington, et Bryant.

Observation 445. — Vers le mois de décembre 1828, M. H. éprouva une légère attaque de paralysie qui fut bientôt dissipée, mais qui fut suivie, pendant quelque temps, d'un affaiblissement considérable. Le changement d'air et le repos procurèrent une amélioration dans cet état.

En février, ou au commencement de mars 1829, il reprit ses occupations, et les continua jusqu'en septembre. Pendant ce temps, il éprouva fréquemment de l'anorexie et des éructations; les fonctions digestives se troublèrent, et l'irritation intestinale devint telle, qu'il avait rarement moins de deux et même trois évacuations par jour. Il ressentait fréquemment, dans les reins, des élancements douloureux, et l'abdomen était le siège d'une sensation de plénitude. Le pouls, pendant tout ce temps, fut rarement au-dessous de quatre-vingt-seize pulsations. Dans le mois d'avril, il rendit un peu de pus par l'anus; mais ce symptôme ne reparut pas.

Le 16 septembre 1829, M. H. s'aperçut tout-à-coup d'un engorgement du testicule droit, accompagné d'une légère douleur dans le cordon. Le lendemain matin, la douleur s'étendit, devint très-intense dans les reins, et nécessita l'emploi des ventouses et l'application des sangsues à l'hypogastre. Il continua encore à visiter ses malades jusqu'au 20; mais à cette époque il garda le lit d'après le conseil de Sir Astley Cooper.

On employa de nouveau les ventouses. Le malade était très-abattu. Tout l'abdomen était très-sensible; la pression déterminait une grande douleur dans le côté droit. Dans cet état, le malade éprouva une sensation telle, qu'il lui sembla que quelque chose s'était échappé tout-à-coup à l'intérieur de l'abdomen, puis il se sentit soulagé de la violente douleur qu'il éprouvait. Mais la sensibilité du ventre s'accrut, et il se fit des évacuations intestinales abondantes, à la suite desquelles les symptômes subirent de nouveau une amélioration.

Les deux testicules étaient alors considérablement augmentés de volume; le malade était excessivement épuisé; son pouls était à 110 et

faible. M. Callaway fit, à la tunique vaginale, une ponction, qui donna issue à un liquide qui se coagula immédiatement. Le malade parut alors se rétablir peu à peu.

Le 26 octobre, quoique très-amaigri et alité, il était délivré de toute sensation pénible; l'appétit était bon, la respiration libre, les selles régulières; les nuits étaient bonnes; le pouls s'élevait à 98 ou 100 pulsations; de temps en temps, quelques douleurs se faisaient sentir dans les testicules et les reins. Le malade se levait pendant le jour, et deux ou trois fois il se hasardait à quitter sa chambre et à descendre pour se réunir à sa famille.

Cet état continua jusqu'au 23 novembre, époque à laquelle M. H. éprouva du dégoût et un malaise général. Deux ou trois jours après, il eut un paroxysme fébrile précédé d'un violent frisson, d'une vive céphalalgie, de la coloration du visage, et d'une augmentation générale de la chaleur. Le pouls s'éleva à 110. Cet accès dura de quatre à six heures, et fit place à une transpiration modérée, qui dans certains momens devint très-abondante. Le malade passa très-bien la nuit, et le lendemain matin ses médecins le trouvèrent exempt de tout symptôme fâcheux. Son pouls était revenu à sa fréquence ordinaire, de 98 à 100. Ce paroxysme revint chaque jour, et devint plus irrégulier.

Tel fut l'état du malade, à très-peu de variations près, si ce n'est que le pouls descendit rarement au-dessous de 104 pulsations, jusqu'au matin du 7 décembre, où il fut pris d'une légère attaque épileptiforme, au moment où un ami lui lisait le journal. Cette attaque s'accompagna d'un ronflement profond, et de bouffissure des joues, avec une très-légère déviation dans le côté droit de la bouche, comme chez une personne paralytique. Il survint des mouvements convulsifs dans les bras et dans les jambes. Le pouls s'affaiblit, mais ne s'accéléra pas. Quelques stimulans lui furent administrés. Un léger larmolement survint, et, dans l'espace de dix ou quinze minutes, il recouvra sa sensibilité; mais il eut toute la journée une légère incohérence dans ses idées. La température de son corps s'était élevée; ses joues étaient colorées; son pouls était petit et il parlait presque continuellement.

Le 8 décembre, il était complètement remis de son attaque, et il disait lui-même que le jour précédent il avait entièrement perdu le sentiment de son existence.

Chaque jour, il se développait un accès de

fièvre qui n'était point précédée d'un frisson aussi distinct que celui qu'on avait observé antérieurement. Ces accès s'accompagnaient d'un grand affaiblissement et d'une sensation d'épuisement et d'anéantissement telle qu'il devint nécessaire de recourir fréquemment à l'emploi des stimulans. Durant ces accès, le pouls, bien qu'augmenté dans sa fréquence, ne perdait rien de sa force; les muscles des bras et des jambes étaient le siège de soubresauts fréquens, que la pression faisait disparaître.

Sous l'influence de ces paroxysmes répétés et de cet état d'épuisement, la santé générale déclina rapidement. Le malade se plaignait fréquemment d'une céphalalgie caractérisée par des élancemens, pour laquelle des lotions évaporantes furent employées. Parfois, il restait pendant plusieurs heures dans un état de subdelirium. Pendant une de ces attaques de délire, il fut atteint de diplopie. Les personnes qui passaient au pied de son lit lui paraissaient manifestement doubles. Quand on approchait une bougie, il demandait pourquoi on en employait deux. Il se rappela lui-même ce symptôme le jour suivant. Ces périodes de surexcitation étaient parfois suivies d'une abondante transpiration, et, de temps à autre, d'urines copieuses, dont l'émission était accompagnée d'une légère douleur; les selles étaient régulières et les sécrétions naturelles.

M. H. continua à languir, en proie à de fréquents paroxysmes fébriles, tourmenté par un sentiment d'épuisement, et plongé dans le délire. Son pouls fut rarement au-dessous de 108, principalement pendant les six dernières semaines, jusqu'au 6 février, époque de sa mort.

Dans les trois semaines qui précédèrent sa mort, il n'eut guère de selles qu'au moyen des lavemens; et, au moment de la défécation, il éprouvait un tel épuisement qu'on aurait cru qu'il ne pourrait pas survivre à l'accomplissement de cette fonction.

Autopsie. — Le testicule gauche était considérablement tuméfié. A cette tuméfaction était réunie une hydrocèle de la tunique vaginale. Le testicule ayant été ouvert par sa partie inférieure, on le trouva rempli intérieurement par une matière molle, qui parut dépourvue de vaisseaux, et qui, dans plusieurs points, était réduite à un état de demi-fluidité. Le cordon spermatique était intact; mais les ganglions situés sur le trajet des vaisseaux spermatiques étaient légèrement engorgés, et présentaient intérieurement une couleur blanchâtre.

Le testicule droit était également tuméfié et affecté d'hydrocèle. Il contenait une matière blanche solide. Le cordon spermatique était sain; mais les ganglions offraient la même altération que ceux du côté opposé.

Les vésicules séminales, la prostate et la partie inférieure des canaux déférens, à la partie postérieure de la vessie, étaient considérablement tuméfiées et distendues par une matière blanche de la même nature que celle

qui était renfermée dans le testicule. Cette matière n'était pas organisée.

Les artères iliaque interne et hypogastrique des deux côtés étaient oblitérées, dans plusieurs points, par une substance hématoïde, qui adhérait étroitement à leurs tuniques, de manière à n'en pouvoir être séparée sans déchirure.

Le commencement du colon, à partir du cœcum, était le siège d'un rétrécissement avec épaissement des parois de l'intestin, et accompagné d'une ulcération circulaire de la muqueuse; cette ulcération était de nature cancéreuse. Le rein gauche contenait une masse fongueuse, de couleur plus foncée que la matière renfermée dans le testicule. L'uretère était dilaté. Le rein droit était atrophié de manière à n'avoir que le tiers de son volume naturel. Son bassin, et l'uretère jusqu'à sa terminaison dans la vessie, étaient excessivement dilatés.

Les poumons étaient tuberculeux et ulcérés. Bien que cette maladie fût, dans plusieurs points, décidément cancéreuse, elle présentait, réunis à un haut degré, les élémens de l'affection scrophuleuse, et ceux du cancer.

Observation 446. — Extrait d'une lettre datée de Cambridge, le 3 mars 1830, par John Oke.

« Le testicule que je vous ai envoyé en 1823 appartenait à M. E., boulanger de cette ville, âgé d'environ 25 ans, qui, d'après mes recommandations, était allé vous consulter sur l'opportunité de l'opération. Il avait essayé, dans le désir d'obtenir la résolution de son engorgement, divers moyens thérapeutiques, dont le principal était le mercure. Mais ces moyens étant restés sans effet, vous fûtes d'avis qu'on ne devait pas différer l'opération. Celle-ci fut pratiquée en mars 1823, et la guérison fut complète au bout de trois semaines, de sorte qu'il put reprendre ses occupations à cette époque.

En novembre suivant, M. E. commença à ressentir, dans le bassin, une douleur qui se propageait, en avant, dans l'abdomen, du côté correspondant au testicule malade. En peu de jours, cette douleur acquit une telle intensité, qu'elle déterminait des vomissemens et une fièvre intense. Ces symptômes cédèrent presque entièrement à deux copieuses saignées du bras, et à quelques purgatifs.

Mais environ quinze jours après les mêmes accidens reparurent. J'explorai l'abdomen avec soin, et je parvins à découvrir dans le côté indiqué une tumeur assez volumineuse pour justifier les craintes que j'avais conçues sur l'existence d'une maladie de la même nature que celle qui avait affecté le testicule, maladie qui s'était probablement propagée à quelque organe en relation avec le testicule, par exemple, aux ganglions lymphatiques. La tumeur de l'abdomen continua à se développer jusqu'en mai suivant, 1824, où, sur votre recommandation, le malade fut mis, pendant quelques semaines, à l'usage de la teinture d'iode à hautes doses. Il ne parut retirer aucun avantage de cette

médication, et bientôt il eut recours à l'emploi régulier de l'opium. Il mourut vers la fin du mois de juillet suivant.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, des masses volumineuses et irrégulières d'un tissu mou et pulpeux se présentèrent dans toutes les directions; elles naissaient évidemment de la partie de la cavité abdominale qui correspondait au testicule dont on avait pratiqué l'extirpation, et elles avaient leurs attaches en arrière du péritoine. Leur tissu avait si peu de force de cohésion, qu'on pouvait en arracher des poignées sans effort. L'examen du cadavre ne présenta rien autre chose de remarquable.

Les symptômes et les altérations anatomiques, soit pour ce qui regarde le testicule, soit pour la tumeur consécutive de l'abdomen, furent exactement semblables à ceux que j'ai observés dans quatre autres cas que j'ai rencontrés depuis que je me livre à la pratique médicale. Je me souviens d'avoir ouvert, dans le temps où j'étais chargé de vos pansements, le corps d'un homme dont le testicule avait été enlevé quelques mois auparavant par M. Brookes: les lésions étaient les mêmes que celles qui sont rapportées plus haut.

Extrait d'une lettre de Philipp Caddell, sur l'hydrocèle observée aux Indes occidentales. — « L'hydrocèle est une maladie très-fréquente aux Barbades; mais elle ne présente pas toujours les caractères qu'on s'attendrait à lui voir. Je crois que le tissu cellulaire du scrotum est en général plus épais que dans l'hydrocèle de nos climats. L'épididyme et le cordon sont beaucoup plus sujets à devenir variqueux, ou à devenir le siège d'un engorgement. Les malades laissent ordinairement leurs hydrocèles atteindre un développement plus considérable, avant d'en rechercher la guérison. La méthode de l'injection a autant de succès aux Barbades qu'en Angleterre. Je me servais indifféremment d'une solution d'acide sulfurique, ou de vin de Porto étendu. J'ai traité avec succès par l'injection des hydrocèles qui contenaient trois pintes de liquide; mais au-delà de ce volume, et même pour ce degré de développement, je donnais la préférence à l'emploi du caustique.

(1) Nous croyons que les praticiens liront avec quelque intérêt la note suivante, dans laquelle se trouve analysé un Mémoire de M. Fricke de Hambourg, sur une nouvelle méthode de traiter l'orchite. Le Mémoire allemand est inséré dans le *Zeitschrift für die Gesamte Medicin*, tome I, partie I, 1836; Ham-

bourg. M. Fricke a trouvé le traitement par la compression également utile à toutes les périodes de la maladie, et quelles que fussent les causes qui l'avaient produite. Souvent, la compression augmente la douleur ressentie dans le testicule; quelquefois même, surtout si la compression a été appliquée avec trop de force, la douleur devient excessive; mais, dans un court espace de temps, souvent dans l'espace d'un quart d'heure; lors même que la douleur causée par la maladie était très-vive, le malade se trouve tellement soulagé, qu'il peut quitter le lit et marcher dans sa chambre.

Il ne faut pas exercer la compression avec trop de force, et il est nécessaire d'avoir quelque habitude pour apprécier au juste le degré auquel elle doit être portée; autrement on pourrait augmenter inutilement les souffrances.

Dans un certain nombre de cas, la compression détermine des nausées, des vomiturations, un goût amer de la bouche, sans autre signe appréciable de maladie des voies digestives. Alors, la compression ne produit

Toutes les fois que le liquide, à sa première évacuation, diffère beaucoup du liquide ordinaire de l'hydrocèle, si la maladie se reproduit, ou si la tunique vaginale s'était remplie de sang après la première opération, j'aurais recours au caustique.

Quelques malades ont dû la mort à des érysipèles; j'en ai perdu quelques autres du tétanos. Cette dernière complication est, je crois, inconnue en Europe; mais aux Barbades elle est assez commune pour qu'on évite, autant que possible, toute espèce d'opérations.

Le cancer et le ramollissement sont les maladies ordinaires du testicule; mais ils ne sont pas plus fréquens aux Barbades qu'en Angleterre. Le scrotum est souvent le siège d'un éléphantiasis. Dans des cas où le scrotum était énormément développé, j'ai employé, avec un succès complet, la compression au moyen d'emplâtres agglutinatifs, etc.

Depuis que cet ouvrage est terminé, j'ai eu connaissance du fait suivant.

Observation 447. — M. *** âgé de 59 ans, eut, à l'âge de 18 ans, une inflammation du testicule droit, qui se manifesta à la suite d'un bain de rivière pris pendant qu'il avait très-chaud. Il fut alité pendant six semaines; à mesure que l'inflammation se dissipait, la glande disparaissait par une véritable résorption. A 22 ans, le testicule avait entièrement disparu. M. *** se maria à 28 ans; il eut dix enfans, sept filles et trois fils. Deux de ses filles seulement existent. Du côté où le testicule s'est ainsi atrophié, le cordon spermatique se termine en une petite tumeur de la grosseur d'un pois.

Analyse chimique des plaques osseuses de la tunique vaginale, par J. T. Barry. — Séparée de la membrane, et séchée, la matière osseuse de la tunique vaginale est composée, pour 100 parties, de

Phosphate de chaux.....	45
Carbonate de chaux, avec quelques traces de magnésie.....	17
Matière animale.....	38

100 (1)

aucun résultat favorable; la douleur reste la même, ou à-peu-près, et l'engorgement ne diminue pas. Ces symptômes disparaissent promptement, si l'on suspend la compression et si l'on administre un vomitif, ou si l'on place un cataplasme sur l'estomac. Dans le petit nombre de cas où ces symptômes furent observés, le plus souvent la compression avait été trop forte; mais chez deux sujets ils parurent tenir à des affections des organes abdominaux qui existaient déjà antérieurement.

D'après un relevé qui a été fait sur les registres de l'Hôpital Général, depuis 1832, époque à laquelle M. Fricke a commencé à employer ce traitement, soixante-quatorze cas ont été recueillis. Dans ce nombre, cinquante-un peuvent être considérés comme des exemples d'orchite aiguë, c'est-à-dire dans lesquels les symptômes inflammatoires étaient très-intenses. Dans les vingt-trois autres, qui sont considérés comme chroniques, les symptômes avaient subi une diminution plus ou moins prononcée. Parmi les cas d'orchite aiguë, dix-huit ont été traités par les sangsues, les cataplasmes, etc., et trente-trois par la compression. Parmi les cas d'orchite chronique, neuf ont été traités par les cataplasmes, les sangsues, etc., et quatorze par la compression.

Les vingt-trois cas d'orchite aiguë traités par la compression ont donné, pour durée moyenne du traitement, neuf jours. Les dix-huit cas d'orchite aiguë traités par la méthode ordinaire ont donné treize jours. Dans les quatorze cas chroniques, traités par la compression, la durée moyenne du traitement fut de douze jours; dans les neuf cas soumis au traitement ordinaire, la durée moyenne fut de quatorze jours.

Des vingt-trois cas d'orchite aiguë traités par la compression, cinq furent guéris en trois jours, cinq en six jours, six en sept jours. Des dix-huit traités par la méthode ordinaire, un fut guéri en trois jours, un en cinq jours, deux en sept ou huit jours, sept en huit à onze jours. Parmi les cas d'orchite chronique, sur les quatorze traités par la compression, un fut guéri en deux jours, et le plus grand nombre en dix ou douze jours; tandis que sur les neuf cas soumis au traitement ordinaire, la guérison ne fut complète chez aucun malade avant le huitième jour.

Plus tard, M. Fricke, ayant acquis plus d'expérience et de circonspection dans l'emploi de ce moyen, a obtenu des résultats encore plus favorables. En 1835, dix-sept nouveaux cas ont été traités de cette manière. Sur ce nombre de malades, un a été guéri en un jour, quatre en deux jours, quatre en trois jours, deux en quatre jours, trois en cinq jours, un en neuf jours, et deux en dix jours. Les trois derniers cas étaient des exemples d'orchite intense, et peu favorables au traitement. Dans les deux tiers environ de tous les cas mentionnés ci-dessus, il ne resta, après le traitement, aucun engorgement du testicule.

Voici de quelle manière M. Fricke applique la compression. Il emploie des bandelettes de la largeur du pouce, recouvertes d'un emplâtre agglutinatif extrêmement adhérent, mais dans la composition duquel il n'entre aucune substance trop irritante.

Le chirurgien saisit le scrotum avec une main, de manière à séparer le testicule sain du testicule malade, tandis qu'avec l'autre main il ramène la peau de manière à ce qu'elle soit bien tendue sur le testicule malade. Si ce dernier est très-volumineux, il doit être soulevé par un aide; autrement il suffit que le malade tienne lui-même le testicule sain un peu écarté de l'autre.

La première bandelette est appliquée à un travers de doigt au-dessus de l'extrémité supérieure du testicule. De la partie antérieure, elle est conduite sur la partie latérale du cordon, puis en arrière; après quoi, elle est ramenée en avant et en haut, s'enfonçant dans l'intervalle des deux testicules, et revenant au point d'où elle était partie; elle forme un anneau à-peu-près ovalaire, qui entoure le cordon. La seconde bandelette appliquée suivant le même trajet doit recouvrir la précédente complètement ou au moins en partie.

Ce premier temps de l'application des bandelettes doit être exécuté avec beaucoup de soin. Il faut que les bandelettes compriment le cordon avec beaucoup d'exactitude, et l'on y parviendra en donnant à la peau qui le recouvre un grand degré de tension. Si cette application n'était pas extrêmement exacte, il arriverait, par suite de la compression qu'on exercera sur l'extrémité inférieure du testicule, que l'extrémité supérieure de cet organe tendrait à s'échapper entre les bandelettes supérieures trop lâchement appliquées, accident qui non seulement serait une cause de douleur, mais même ferait échouer le traitement.

On procède de la même manière à l'application des bandelettes successives qui doivent se recouvrir d'un tiers de leur largeur. Lorsqu'on est arrivé à la partie la plus renflée du testicule, dans le point où sa circonférence commence à décroître, on donne aux bandelettes une direction nouvelle. Le chirurgien, soutenant avec la main le testicule déjà recouvert, applique alors les bandelettes de haut en bas, en les faisant passer delà partie antérieure à la partie postérieure du testicule. De cette manière, tout ce qui restait à découvrir du testicule se trouve comprimé aussi bien que sa partie supérieure.

Lorsque les deux testicules sont malades, il faut commencer par appliquer, sur l'un des deux, l'appareil compressif, tel qu'il vient d'être décrit; et, comme il ne reste pas un espace suffisant pour envelopper, par le même procédé, l'autre testicule, on le comprend dans des bandelettes circulaires qui l'enveloppent en une masse commune avec le testicule déjà recouvert, qui devient alors, en quelque sorte, un point d'appui pour la compression. Quant aux bandelettes verticales ou antéro-postérieures, elles sont appliquées sur le second testicule de la même manière que sur le premier.

Chez les sujets dont la peau est irritable, il se forme des excoriations. On doit alors pratiquer de petites incisions aux bandelettes agglutinatives, et instiller de l'eau de Goulard sous l'appareil. Ce moyen suffit pour amener la guérison de ces excoriations.

(Note des traducteurs.)

PRÉFACE.

TRAITÉ

DES

MALADIES DU SEIN.