

à sa gauche, saisir la verge de la main gauche, la tenant perpendiculairement à l'axe du corps, abaisser le prépuce, saisir la sonde élastique armée de son mandrin, ou la sonde métallique de la main droite, le pouce placé sur sa convexité; on trempe le bec de la sonde dans du cérat ou de l'huile, ou même de la salive, et on le présente à l'orifice de l'urètre, la concavité de la sonde regardant l'abdomen du malade. On la fait pénétrer en pressant doucement et en ramenant la verge sur elle, et lorsqu'elle est parvenue au niveau du pubis, on renverse la verge et la sonde de manière à faire suivre à celle-ci la courbure du canal et à la faire pénétrer dans la vessie. La liberté de la sonde et l'écoulement de l'urine indiquent que l'instrument a pénétré; on retire le mandrin et on reçoit l'urine dans un vase. Lorsque l'introduction est difficile, on enfonce l'index de la main gauche dans le rectum pour diriger le bec de la sonde. Si l'on rencontre des obstacles, on fait exécuter divers mouvements à l'instrument, ou on prend une sonde plus petite, ou on laisse la sonde en contact avec l'obstacle pour renouveler plus tard les tentatives, etc. Le malade n'urinera que par la sonde.

Indépendamment du cathétérisme, il faut s'occuper de la tumeur urinaire: si celle-ci est considérable ou enflammée, il faut l'évacuer au moyen d'incisions convenables; l'urine ne passant plus par la crevasse de l'urètre, la guérison est promptement obtenue. S'il y a fistule ancienne, l'excision des callosités, la cautérisation avec la pierre infernale favorisent l'oblitération qui a lieu spontanément par la cessation du passage des urines. Dans les cas de déperdition de substance, des lambeaux de peau adroitement empruntés aux parties environnantes et adaptés à l'ouverture au moyen de quelques points de suture ont servi à remplacer les téguments détruits.

CHAPITRE VI.

DES CORPS ÉTRANGERS SÉJOURNANT DANS LES PARTIES.

Ces corps étrangers sont gazeux (emphysème), liquides (épanchements) ou solides; il ne sera question ici que des derniers; nous avons déjà traité de ceux qui sont lancés par la poudre à canon.

Corps étrangers entre les paupières ou à la surface de l'œil. Du sable, des insectes, des pailles de fer, etc., peuvent, à bord, affecter les yeux des marins, et donner lieu à des ophthalmies plus ou moins graves. Lorsqu'on a lieu de soupçonner cet accident, il faut inspecter l'œil avec la plus grande attention, en soulevant les paupières par les cils. Lorsque le corps étranger est libre, on l'enlève avec un stylet moussé ou un petit rouleau de papier; s'il s'agit de corps pulvérulents, tels que de la cendre, on fait laver l'œil à grande eau. Si le corps est implanté dans la conjonctive, comme le sont ordinairement les pailles de fer, chez les ouvriers en métaux (forgers, armuriers), on cherche à l'enlever avec la pointe d'un cure-dent ou d'une aiguille, avec de fines pinces; si le corps avait pénétré dans les chambres de l'œil, le cas serait très-grave, et il pourrait être nécessaire d'inciser la cornée comme pour la cataracte. Quant aux accidents consécutifs, voyez *Ophthalmie*.

Corps étrangers dans les oreilles. Le cérumen accumulé, des pois, des fayols, des insectes, etc., peuvent obstruer le conduit auditif et occasioner des accidents divers, la surdité,

l'otite, etc. On inspecte l'oreille en l'exposant à un beau jour, au soleil, s'il se peut, et en soulevant le pavillon pour corriger la courbure du conduit auditif; pour extraire le corps étranger on se sert d'un cure-oreille, d'une pince, d'une airigne, d'une boule de coton (insectes). Des injections émollientes, huileuses délaient le cérumen endurci, favorisent l'extraction des corps durs, tuent les insectes, etc. Dans les tentatives d'extraction on aura l'attention de ménager la membrane du tympan.

Corps étrangers dans les fosses nasales. Pour extraire les corps introduits accidentellement dans les narines, il suffit souvent de faire éternuer au moyen d'une prise de tabac; ou bien après avoir reconnu leur situation, au moyen de l'inspection directe ou du stilet, on les extrait avec une pince, une curette, etc., ou on les repousse dans le pharynx.

Corps étrangers dans les voies aériennes, bronchotomie. Des graines légumineuses, des noyaux, des pièces de monnaie, etc., peuvent s'introduire dans le larynx et donner lieu aux accidents les plus formidables. C'est une des parties les plus délicates de la chirurgie, que nous ne pouvons ici traiter complètement.

La suffocation imminente constitue le danger le plus immédiat; elle est continue ou intermittente suivant que le corps est petit ou volumineux, fixe ou mobile; sa persistance ou ses retours amènent l'asphyxie et la congestion cérébrale.

On ne peut pas se dissimuler que le moyen le plus sûr, et, le plus souvent, indispensable, pour obvier à ces accidents, consiste dans une opération elle-même fort grave, l'incision des voies aériennes. Cependant on n'y aura recours que lorsque les accidents auront acquis leur plus haut degré d'intensité: il peut se faire que les efforts de toux, l'éternement provoqué, la titillation de la luette, les secousses imprimées au malade amènent l'expulsion du corps étranger, mais ces secours, nous le répétons, sont le plus souvent illusoire,

et nous ajouterons que plus tôt l'opération est pratiquée, plus elle offre de chances de succès; cette opération est la *bronchotomie*; elle convient toutes les fois que la partie supérieure du canal aérien est obstruée par une cause quelconque: angine violente, croup, œdème de la glotte, glossite, abcès de l'arrière-bouche, tumeurs comprimantes, comme pour les corps étrangers; en un mot, dans tous les cas d'asphyxie mécanique.

Deux bistouris, un droit et un convexe, une pince et des fils cirés pour lier les vaisseaux, un brin de baleine ou de tuyau de plume pour tenir l'ouverture béante, composent tout l'appareil. Le malade est couché sur le dos, la tête renversée en arrière et maintenue par un aide. Le chirurgien, placé à droite, de la main gauche fixe le larynx et tend la peau du col, qu'il incise sur la ligne médiane, dans l'étendue d'un à deux pouces, vis-à-vis le point où il veut pénétrer. On lie scrupuleusement tous les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, de peur qu'à l'ouverture le sang ne soit attiré dans le canal aérien. L'incision de ce canal varie suivant le lieu et l'étendue: sur le larynx on l'appelle *laryngotomie*, sur la trachée, *trachéotomie*; s'il s'agit de donner simplement passage à l'air, on se borne à faire une incision transversale, en plongeant avec précaution la pointe du bistouri droit dans un des espaces membraneux du canal; s'il faut donner issue à un corps étranger, on incise longitudinalement, soit le larynx, soit plusieurs anneaux de la trachée, en s'aidant de la sonde cannelée. Un sifflement indique que l'air a pénétré. Souvent le corps étranger est immédiatement expulsé, autrement on s'épargnera des recherches imprudentes, et plus tard le corps sortira de lui-même; en attendant on tient l'ouverture béante au moyen d'un brin de baleine ou de plume recourbé et retenu dehors par un fil. On recouvre la plaie avec un linge très-fin pour tamiser l'air qu'elle aspire; on place le malade dans une température douce, la tête un peu élevée; et lorsque le corps

étranger est sorti, on travaille à rapprocher les bords de la plaie.

Les accidents de cette opération sont l'hémorragie, l'inflammation, les fistules aériennes; la première est la plus grave immédiatement; lorsque le sang coule dans la trachée, il faut se hâter d'en tarir la source, et lorsqu'il produit la suffocation, il faut, à l'exemple de M. Roux, agrandir la plaie, porter une sonde dans la trachée pour aspirer le sang et pour introduire de l'air dans les poumons.

Corps étrangers dans le pharynx et l'œsophage. Ce sont le plus souvent des matières solides avalées avec les aliments (os, arrêtes). La glotonnerie des matelots les expose à ces accidents. La douleur, un sentiment de strangulation, une anxiété considérable, l'aspect vultueux et terrifié du visage indiquent qu'un corps étranger est arrêté dans les voies de la déglutition. Lorsque le corps est volumineux et arrêté dans l'arrière-bouche, il peut obstruer la glotte et produire l'asphyxie. Ces corps étrangers peuvent être expulsés par les efforts de vomissement, ou plus tard par la suppuration éliminatoire. Leur séjour prolongé détermine des accidents plus ou moins graves.

M. Dubreuil et M. Laurencin, de Rochefort, ont publié deux cas de perforation de l'aorte par des fragments d'os avalés; nous donnons ici l'extrait d'une observation inédite qui nous est communiquée par M. Villain de Rochefort :

Moriceau, forgeron sur la corvette le *Tarn* (1829), avale, en mangeant la soupe, un os qui s'arrête dans le pharynx : dysphagie, dyspnée, nausées, anxiété. Ce ne fut que le lendemain qu'il vint se plaindre au chirurgien-major; il était pâle, abattu, ne parlait qu'à voix basse; l'articulation des sons provoquait des nausées et une toux convulsive; la partie antérieure du cou est tuméfiée et douloureuse; il éprouve dans l'arrière-gorge une douleur cuisante et dilacérante qui siège au niveau de l'os hyoïde; l'inspiration est longue et l'expira-

tion entrecoupée par la douleur; le pouls est petit et fréquent : (*repos, diète, deux grains d'émétique dans une pinte d'eau gommée, cataplasme autour du cou*). Bientôt vomissements répétés, avec sensation de déchirement à l'œsophage, le corps étranger n'est point expulsé; le doigt introduit profondément ne le rencontre pas; une grosse algalie donne la sensation d'un obstacle à la partie supérieure de l'œsophage; le choc est perçu par le malade lui-même; les percussions répétées ne parviennent pas à ébranler le corps étranger; un morceau d'éponge fixé au bout d'une sonde n'a pas plus de résultat; ces tentatives sont renouvelées pendant huit jours, non sans de grandes douleurs pour le malade. Cependant l'agitation persistait et la douleur s'étendait à l'appendice xiphoïde; l'insomnie, la dyspnée, l'aphonie, la régurgitation, la toux, les nausées continuent, les forces baissent, l'émaciation fait des progrès; une diarrhée sanguinolente, avec amélioration, fait croire à l'expulsion du corps étranger par le bas; le malade peut prendre quelques aliments qui le restaurent; les *émollients*, les *sangsuës* soulagent la douleur du cou; mais le quatorzième jour, à la suite de plusieurs quintes de toux, le malade rend avec des crachats un fragment d'os de bœuf ayant dix-huit lignes de long sur sept de large, offrant une pointe aiguë à laquelle adhère un lambeau de muqueuse putréfiée; son expulsion est suivie d'une petite quantité de matière purulente et très-fétide. Dès-lors le malade se croit guéri; en huit jours, les adoucissants et l'alimentation graduée ramènent l'apparence de santé primitive. Il sort du poste vingt-deux jours après son entrée; mais il y rentre au bout de quatre jours, présentant les symptômes suivants: voix rauque, obscure, chaleur et obstruction à la gorge, dysphagie, sensibilité épigastrique, petitesse du pouls, facies consterné; la veille au soir il avait vomi ses aliments, au retour d'une partie de pêche pendant laquelle il s'était jeté à la mer et avait conservé ses vêtements mouillés, malgré la froideur du vent; on rapporta même qu'il avait

mangé une quarantaine d'oranges en peu de temps, ce que la glotonnerie du malade rendait vraisemblable. Malgré les soins les plus rationnels, les forces baissent graduellement, et il meurt suffoqué, cinq jours après sa rechute, et un mois juste après l'accident. La *nécropsie* découvrit à la partie inférieure et antérieure du pharynx, communiquant avec le larynx, une ulcération ovalaire, de huit lignes de long sur quatre de large; la muqueuse bronchique était rouge et livide, et la glotte très-resserrée.

On nous pardonnera la longueur de cet extrait, en faveur de l'intérêt de cette observation, que nous ne pouvons commenter ici, nous bornant à la produire comme un cas nouveau de perforation de la cloison pharyngo-laryngienne, par un corps étranger avalé.

La première indication, dans les accidents de ce genre, est de s'assurer de la nature, du volume et de la situation du corps étranger; on fait ouvrir largement la bouche, on déprime la langue avec un manche de cuiller, et on explore à l'œil et au doigt le fond du gosier; si le corps est accessible on l'accroche avec le doigt, ou on le saisit avec des pinces.

Lorsque le corps étranger est introduit plus profondément, il faut tout faire pour l'extraire, s'il est dur, inégal, piquant ou tranchant; les corps mous et susceptibles d'être digérés, sont les seuls qu'on doit repousser dans l'estomac. Le meilleur instrument pour retirer les corps engagés dans l'œsophage, est celui de M. Dupuytren, dont il faut que le chirurgien soit pourvu: c'est une tige métallique ou de baleine, longue de dix-huit à vingt pouces, terminée à une de ses extrémités par deux anneaux soudés à angle aigu, et fixés d'une manière mobile à la tige, par leur angle rentrant. L'autre bout est muni d'une boule métallique qui sert de sonde exploratrice, pour s'assurer de la situation du corps étranger, que l'autre extrémité sert à retirer en l'accrochant par dessous. Pour introduire un instrument quelconque dans l'œsophage (cathétérisme

sophagien), le malade est assis, la tête renversée, la bouche ouverte, et l'on dirige l'extrémité de la tige avec le doigt, pour la faire glisser le long de la paroi postérieure du pharynx, de peur qu'elle ne s'engage dans la glotte. L'éponge fixée à la tige flexible a le plus souvent pour effet de repousser le corps étranger au lieu de l'extraire. Dans un cas où une grosse arête de poisson était fixée dans l'œsophage, j'imaginai d'adapter à l'extrémité du mandrin d'une grosse sonde, une anse faite avec un petit ressort de montre, que je fis rentrer dans la sonde dont l'extrémité borgne était coupée; parvenu au corps étranger, je dégageai l'anse élastique, et j'eus le bonheur d'y faire entrer l'extrémité de l'arête, que je serrai en repoussant la sonde sur le mandrin, ce qui me permit d'extraire ce corps étranger. Un instrument flexible construit sur le modèle de la pince de Hunter serait préférable; mais l'instrument de M. Dupuytren est le meilleur.

Lorsqu'on ne réussit pas à extraire le corps étranger, il faut, à l'exemple de M. Villain, faire vomir le malade; dans les cas d'impossibilité d'avalier, un lavement d'émétique ou de tabac peut provoquer le vomissement. Enfin, si les accidents sont modérés, on attendra que le corps se détache de lui-même; mais si le danger devenait trop imminent, et que l'obstacle occupât la région du cou, il faudrait, sans balancer, pratiquer l'*œsophagotomie*, qui se fait en incisant longitudinalement les téguments du cou, à gauche et en arrière de la trachée, puis en ouvrant l'œsophage sur le corps étranger lui-même; cette opération délicate mérite d'être étudiée en détail dans les ouvrages spéciaux.

On combat par les boissons mucilagineuses, les cataplasmes, les sangsues, etc., les accidents inflammatoires produits par le séjour ou l'extraction des corps étrangers.

On a vu des sangsues être avalées et fixées dans l'arrière-bouche; on les détache avec des pinces, ou en faisant gargariser le malade avec de l'eau salée ou vinaigrée.

Corps étrangers dans les voies digestives. Des corps durs, volumineux, tranchants, piquants, peuvent être avalés par inadvertance ou par fanfaronnade. Quelques-uns de ces corps peuvent être gardés très-long-temps dans l'estomac sans qu'il en résulte d'accidents. Le docteur Currie, de Londres, cite un matelot qui avait avalé dix-sept couteaux; il mourut quelque temps après, et l'on trouva dans les intestins les dix-sept lames et leurs ressorts presque dissous; les manches avaient été digérés. L'intestin était perforé en plusieurs endroits.

Les accidents que ces corps déterminent sont ceux de la gastrite, de la péritonite, de l'étranglement, etc.

Les boissons douces, les lavements huileux, les frictions abdominales, peuvent favoriser le passage des corps non vulnérants (pièces de monnaies, balles de plomb); lorsqu'il s'agit de corps aigus (aiguilles, verre broyé) on conseille de les envelopper dans des aliments épais, choux, haricots, etc. On a vu des corps étrangers sortir par un abcès des parois abdominales. M. Delaporte a retiré de l'aîne droite des cailloux avalés par un fou (voy. la thèse de M. Leyer, de Brest). Enfin, lorsque des corps volumineux séjournent et sont sentis à travers les parois du ventre, et qu'ils déterminent des accidents graves, une dernière ressource consiste dans l'incision des parois du ventre et de celles des intestins (gastrotomie), dont les règles doivent varier suivant le lieu qu'occupe le corps étranger, et qu'on traite après l'extraction, comme nous l'avons exposé à l'occasion des plaies pénétrantes du ventre.

Lorsque des corps étrangers venus des voies supérieures ou introduits directement par accident, par bizarrerie ou par luxure, sont incarcérés dans le rectum, on en constate la présence au moyen du doigt introduit par l'anus. Les procédés d'extraction sont très-variables; des lavements peuvent en amener l'expulsion, le doigt, une cuiller, une pince, peuvent suffire; il est quelquefois nécessaire de débrider le sphincter de l'anus, ce qu'on fait, comme pour les cas de constriction spasmodique

ou de fissure, en glissant à plat un bistouri boutonné sur le doigt, et en opérant une incision latérale plus ou moins profonde. On connaît la canule de roseau de Marchetti, pour extraire une queue de cochon; l'emploi des pinces incisives, du tire-fond peut être nécessaire; nous laissons les applications à l'intelligence de l'opérateur.

Corps étrangers dans l'urètre. Des bougies mal fixées, des calculs, des corps divers introduits par débauche d'imagination, peuvent obstruer l'urètre. Les corps introduits par le méat urinaire ont une tendance invincible à pénétrer plus profondément et peuvent devenir le noyau de calculs vésicaux; ils peuvent déterminer des ulcérations, des crevasses, des fistules urinaires; l'accident le plus immédiat est la rétention d'urine.

On extrait les calculs en les poussant d'arrière en avant, en faisant des injections d'huile dans l'urètre, en les ramenant avec une curette, en les saisissant avec une pince de Hunter, au défaut de celle imaginée par M. Amussat. Il est essentiel de fixer le calcul à travers l'urètre pour le saisir. Les émollients, les saignées, les narcotiques, peuvent favoriser ces manœuvres secondées par l'émission des urines.

Des calculs enchatonnés dans la muqueuse peuvent nécessiter l'incision de l'urètre sur le corps étranger; ressource extrême, dans les cas où les tentatives d'extraction sont inutiles; on réunit ensuite la plaie sur une sonde à demeure; il est quelquefois nécessaire de débrider le méat urinaire. Ces préceptes sont applicables à tous les corps étrangers de l'urètre.

Corps étrangers dans la vessie. Ces corps nécessitent des opérations graves, la cystotomie ou la lithotritie, qui ne sont jamais pratiquées à bord, car s'il n'y a pas d'accidents on peut attendre le retour, et s'il y a des signes d'inflammation de la vessie, ces opérations sont contre-indiquées. Elles sont, d'ailleurs, si compliquées et si délicates, que nous ne pourrions établir ici toutes les notions qu'elles nécessitent. Il n'y a guère

qu'une circonstance où le chirurgien doit procéder à l'extraction de ces corps : c'est celle où il existe une blessure déterminée par le corps étranger lui-même, et qui permet, à l'aide de quelques débridements ménagés, d'aller immédiatement à sa recherche ; c'est ainsi qu'une balle ayant perforé l'hypogastre peut être arrêtée dans la vessie. On s'assure alors de sa présence, à l'aide du doigt enfoncé dans la plaie, ou de la sonde introduite par l'urètre, et l'on procède à son extraction, en introduisant le long du doigt une pince pour saisir la balle et l'extraire. Dans tous les cas de plaie de la vessie, il est essentiel de maintenir une sonde élastique à demeure, afin de prévenir le passage des urines par la solution de continuité.

Des *concrétions* peuvent se former entre le gland et le prépuce, chez les individus affectés de phymosis naturel, et qui, comme les matelots, négligent les soins de propreté. Cet accident réclame l'incision du prépuce, comme pour le phymosis accidentel.

Nous décrirons ici les opérations du phymosis et du paraphymosis, le gland tuméfié étant dans l'un et l'autre cas une espèce de corps étranger, qui s'oppose soit au retrait, soit au développement du prépuce. Lorsque le gland enflammé, couvert de chancres, etc., s'oppose à ce que le prépuce soit ramené en arrière, il en résulte le *phymosis*, qui peut céder à un traitement antiphlogistique, mais qui souvent nécessite le débridement, afin de prévenir l'étranglement des parties sous-jacentes, et de mettre les surfaces ulcérées à découvert. Cette opération est souvent nécessitée chez les marins, qui sont si sujets aux maladies des parties génitales. On est dans l'usage habituel de fendre le prépuce à sa partie supérieure, mais il en résulte qu'il se ramasse vers le frein et forme là une tumeur incommode et difforme. Il est préférable de l'inciser à sa partie inférieure, ce qu'on fait en passant le long du frein une sonde cannelée sur laquelle on glisse un bistouri droit, dont on fait saillir la pointe à travers le prépuce, pour le diviser d'un seul

coup ; puis, pour prévenir la retraction irrégulière, on peut diviser le frein lui-même avec des ciseaux. Lorsque le sang a cessé de couler, on panse avec un plûmasseau de cérat, une croix de Malte et une bandelette circulaire.

Le *paraphymosis* est l'affection inverse : il résulte de la rétraction du prépuce en arrière du gland qui se tuméfie et ne peut plus être réduit par le malade. Il faut alors saisir la verge à pleine main, et avec les doigts de l'autre main imbibés d'huile, pétrir en quelque sorte doucement le gland, de manière à diminuer son volume et à le faire rentrer dans le prépuce. Cette manœuvre est tout-à-fait analogue à celle du *taxis*. Lorsqu'on ne réussit pas, après des tentatives persévérantes, il faut en venir au débridement. Pour ce faire, on met à découvert les replis du prépuce qui causent l'étranglement, on glisse sous eux la pointe d'un bistouri étroit, dont le tranchant est dirigé en haut, et on divise ainsi ces brides dans plusieurs points, dans toute leur épaisseur et dans l'étendue de quatre à cinq lignes, ce qui permet ensuite de ramener le prépuce sur le gland. On laisse saigner les petites plaies et l'on panse avec des émoullients.

Les *corps étrangers appliqués à la peau* de diverses parties peuvent déterminer des accidents de constriction plus ou moins graves ; c'est ainsi que des *bagues* étroites peuvent étrangler les *doigts*, et lorsqu'on ne peut pas les retirer, nécessiter la section de l'anneau avec des pinces incisives, ou la lime. C'est surtout à la *verge* que la lubricité appliquée des corps étrangers qui, placés dans l'état de flaccidité du pénis, ne peuvent plus être retirés lorsque arrive l'érection suivie de tuméfaction croissante et menaçant gangrène. La rétention d'urine qui survient ajoute au supplice du malade obligé de réclamer honteusement des secours souvent tardifs. L'immersion dans l'eau froide, la compression ménagée, facilitent quelquefois l'extraction, comme pour le paraphymosis, autrement il faut diviser le corps étranger qui parfois est enseveli dans l'épaisseur

des parties tuméfiées; heureux lorsqu'il est de nature à être facilement coupé avec des ciseaux ou le bistouri conduit sur la sonde cannelée; mais, lorsqu'il s'agit d'anneaux de fer ou de cuivre, les tenailles incisives, la lime deviennent nécessaires, au risque des parties sensibles que les plus sages précautions ne garantissent pas toujours.

Corps étrangers dans les articulations. Nous voulons parler ici de ces concrétions cartilagineuses dont le mode de formation est encore obscur, et qui par leur interposition entre les surfaces articulaires causent des douleurs vives et inattendues. Pour les extraire, il faut attendre qu'elles se présentent vers un point de la superficie qui permette de les fixer et d'inciser dessus sans danger de blesser des parties importantes. Le corps extrait on réunit exactement, et l'on tient le membre dans une immobilité absolue. Au moindre présage d'inflammation articulaire, on met en usage le traitement antiphlogistique le plus vigoureux.

Corps étrangers dans la substance des organes. Lorsqu'un corps étranger complique une plaie, on doit faire en sorte de l'extraire au moyen de procédés que nous avons déjà mentionnés; mais il est des limites que le praticien sait apprécier, au-delà desquelles les tentatives deviennent dangereuses et téméraires. Lorsqu'on est obligé d'abandonner ces corps étrangers à la nature, ou ils sont éliminés par le travail de suppuration, ou les parties s'habituent à leur présence; la juste appréciation de ces diverses circonstances constitue le praticien habile et mérite une étude approfondie de la part du médecin navigateur, à qui les difficultés de ce genre se présentent si fréquemment. (Voy. *plaies d'armes à feu.*)

Aux corps étrangers nous rattacherons le *dragonneau*, ver filiforme, commun en Afrique, qui s'insinue sous la peau des pieds et des jambes, et forme des tumeurs semblables à des furoncles, qu'on traite par les émollients; et lorsque la tumeur est ouverte, spontanément ou artificiellement, le ver se pré-

sente et on l'extrait doucement de peur de le rompre. Lorsqu'on éprouve de la résistance, on roule ce qui est sorti autour d'un petit cylindre qu'on assujettit sous l'appareil, et on recommence les tractions à chaque pansement, manœuvre qui peut durer plusieurs mois.

La *chique* est un autre insecte très-incommode des colonies, qui s'insinue dans la peau et cause de vives démangeaisons. On l'extrait avec la pointe d'un canif ou d'un bistouri, en creusant l'épiderme endurci qui la recouvre.